

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CC. PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica



**RECURSOS BÁSICOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
SIN HOGAR (PSH) EN MADRID: LA PERSPECTIVA DE
LOS USUARIOS**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR POR José Juan Vázquez Cabrera**

Bajo la dirección de los Doctores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde

Madrid, 2001

ISBN: 84-669-2389-6

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



TESIS DOCTORAL

**RECURSOS BÁSICOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
SIN HOGAR (PSH) EN MADRID: LA PERSPECTIVA DE LOS
USUARIOS.**

José Juan Vázquez Cabrera.

Directores:

Manuel Muñoz López

Carmelo Vázquez Valverde

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

Madrid, 2001.

Agradecimientos

Resulta de justicia admitir que el mérito de esta tesis se encuentra muy repartido, puesto que el trabajo realizado no hubiera sido posible sin la colaboración de gran cantidad de personas.

Sin duda, en estos agradecimientos ocupan un lugar destacado todas las personas sin hogar que, de forma desinteresada, colaboraron en la investigación. Su general buena disponibilidad para ser entrevistados, su amabilidad durante las entrevistas y el hecho de que nos facilitasen gran información relativa a cuestiones de carácter privado sin esperara nada a cambio los convierte en los principales artífices del trabajo. De igual forma, resulta obligado agradecer la gran colaboración prestada por los gestores y trabajadores de los diferentes servicios para personas sin hogar. Su disposición a colaborar, la ayuda facilitada en la selección de la muestra y el ofrecimiento de lugares adecuados donde realizar las entrevistas resultaron determinantes para la adecuada realización del trabajo.

Ha sido para mí muy importante tener como directores de tesis a los doctores Manuel Muñoz y Carmelo Vázquez a quienes, después de tanto tiempo, he llegado a sentir más como amigos que como “jefes”. Pese a su ironía –en ocasiones ácida- son quienes en mayor medida me han animado a continuar, aconsejándome y orientando la realización del trabajo, aportando sus conocimientos científicos y su capacidad de sistematización.

Ana Belén Guisado y Marta Bermejo, compañeras de fatigas durante las primeras fases de la investigación, merecen igualmente que les agradezca los esfuerzos realizados. Su colaboración resultó determinante y en ellas encontré con quién compartir las dificultades encontradas especialmente durante el trabajo de campo. Asimismo merecen mi agradecimiento el grupo de entrevistadores y codificadores, por entonces estudiantes de los últimos cursos de psicología, quienes dedicaron una gran cantidad de su tiempo libre a realizar entrevistas en lugares que en ocasiones resultaban poco agradables.

A los profesores María Crespo y Jesús Sanz, quienes colaboraron activamente en diferentes momentos de la investigación, debo agradecerles que soportaran siempre con una sonrisa mis pesadas preguntas, especialmente en lo concerniente a los análisis de datos.

Mi agradecimiento también a Anabel, por el esfuerzo de leer detenidamente y opinar sobre una tesis lejana de sus intereses profesionales y, sobre todo, por su estoicismo al soportarme durante los periodos de flaqueza.

Y, por supuesto, un agradecimiento especial a mi familia a quienes - aunque nunca me han tomado muy en serio- les debo lo que soy.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1.	
APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PSH	7
1.1. Definición de persona sin hogar (PSH)	7
1.2. Prevalencia de la situación de sin hogar	11
1.3. Características sociodemográficas de las PSH	15
1.4. Condiciones de salud mental y física de las PSH	17
1.5. Factores estructurales y personales de la situación de sin hogar	21
1.5.1. Principales problemas padecidos por las PSH en Madrid	25
1.6. Viejos y nuevos perfiles entre las PSH	27
1.7. Factores sociales de protección frente a la situación de sin hogar	30
Capítulo 2.	
EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA	35
2.1. Las respuestas sociales a las necesidades individuales	35
2.1.1. Alternativas estratégicas frente a las necesidades individuales	35
2.1.2. Los objetivos de la intervención social	36
2.1.2.1. La asistencia	36
2.1.2.2. La rehabilitación	38
2.1.2.3. La prevención	38
2.1.2.4. La accesibilidad	39
2.2. La evolución de la intervención social en España	39
2.2.1. El mundo medieval	39
2.2.2. El renacimiento	41
2.2.3. La transición de la beneficencia a la asistencia pública	45
2.2.4. La pobreza obrera y la seguridad social	48
2.2.5. Los servicios sociales durante el régimen de Franco	50
2.2.5.1. El sector privado	50
2.2.5.2. Sector público	52
2.2.5.3. La aparición de incipientes especializaciones	53
2.2.6. Los servicios sociales en la transición	54
2.2.5.4. Los servicios sociales a partir de la Constitución Española de 1978	55
2.2.5.5. Ley de bases de régimen social	57
2.3. El estado del bienestar	58
2.3.1. Los servicios sociales europeos	60
2.3.1.1. Las políticas de rentas mínimas en la Unión Europea	62
2.3.2. Servicios sociales en el estado español	65
2.3.2.1. Consideraciones generales sobre los servicios sociales españoles	65
2.3.2.2. Transformaciones organizativas en los servicios sociales españoles	70
2.4. Utilización de servicios sociales en Madrid	71
Capítulo 3.	
LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PSH	75
3.1. Introducción	75
3.2. Los servicios sociales para PSH en España	80
3.2.1. La oferta de servicios para las PSH	80

3.2.2. El conocimiento de los servicios por las PSH	83
3.2.3. La frecuencia de utilización de los servicios por las PSH	85
3.3. Los albergues para las PSH	86
3.3.1. La adaptación de las PSH a la vida en los albergues	94
3.3.2. Los albergues para PSH en el Estado Español	95
3.3.2.1. La implantación de los albergues en España	95
3.3.2.2. La función de los albergues	98
3.3.2.3. La financiación y dotación de los albergues	105
3.3.3. Los albergues para PSH en la ciudad de Madrid	112
3.3.4. Usuarios y no usuarios de albergues	115
3.4. Los comedores sociales	120
3.4.1. Los comedores sociales en España	121
3.4.1.1. Número de plazas y usuarios de los comedores sociales	123
3.4.1.2. Apertura y cierre de comedores sociales	124
3.4.2. Los comedores sociales para PSH en Madrid	126
3.5. La política de rentas mínimas: El Ingreso Madrileño de Integración (IMI)	128
3.6. Otros servicios utilizados por las PSH	131
3.6.1. Roperos y Baños públicos	131
3.6.2. Otros servicios y prestaciones	132
3.6.2.1. Otros servicios y prestaciones en Madrid	133
3.7. Satisfacción de los usuarios y motivos de no utilización de los servicios	138
3.8. La eficacia de los servicios para las PSH	141

Capítulo 4.

MARCO DE LA INVESTIGACIÓN: ACCIONES Y ESTUDIOS

PRELIMINARES	145
4.1. Marco de la investigación	145
4.1.1. Utilización de muestras significativas	145
4.1.1.1. Realización de noches de muestreo o "Noches S"	145
4.1.1.2. La ponderación de datos	146
4.1.2. Muestreos en la totalidad de la red de servicios	147
4.1.3. Inclusión de preguntas empleadas en otros instrumentos	148
4.1.4. Objetivos del presente estudio	150
4.2. Proceso de puesta en marcha de la investigación	151
4.2.1. Contacto con expertos: planificación de la investigación y determinación inicial de la muestra	151
4.2.2. Marco de la investigación: exploración de recursos, centros y servicios de atención a PSH en Madrid	154
4.3. Aproximación inicial a la situación de las PSH	156
4.3.1. Planificación y procedimiento	156
4.3.1.1. Participantes	156
4.3.1.2. Procedimiento	158
4.3.2. Conclusiones del estudio	159
4.3.2.1. Características generales de las PSH entrevistadas	159
4.3.2.2. La institucionalización en las PSH	165
4.3.2.3. Acerca de los albergues	167
4.3.2.3.1. Antes de los albergues	167
4.3.2.3.2. Tiempo de permanencia en los albergues	169
4.3.2.3.3. Perspectivas de futuro en relación a los albergues	170
4.3.2.4. Sobre otros servicios de asistencia	172
4.3.2.5. Pensiones y subsidios económicos	174
4.3.2.6. Las expectativas de futuro de los entrevistados	175
4.3.3. Aportaciones del estudio	176

4.4. Estudio preliminar sobre el ámbito y características muestrales (“Noche S”)	178
4.4.1. Instrumento	179
4.4.2. Procedimiento	180
4.4.3. Sujetos	183
4.4.4. Resultados	183
4.4.5. Conclusiones	184
4.5. Conclusiones de las acciones y estudios preliminares	185

Capítulo 5.

MÉTODO	187
5.1. Sujetos	187
5.2. Instrumentos	188
5.3. Procedimiento	194
5.3.1. Entrevistadores	194
5.3.2. Marcos muestrales y estrategias de muestreo	195
5.3.3. Muestreo de los recursos y selección de los entrevistados	197
5.4. Análisis de datos	198
5.4.1. Ponderación de los datos	199
5.4.1.1. Ponderación en función de la probabilidad de elección de un servicio en cada centro	199
5.4.1.2. Ponderación en función de la probabilidad de elección de una persona en función de su utilización de recursos	200
5.4.3. Análisis estadísticos	201

Capítulo 6.

RESULTADOS	203
6.1. Características de la muestra	203
6.1.1. Comparación entre las PSH entrevistadas en la “Noche S” y las entrevistadas en albergues y comedores sociales	203
6.1.2. Características de la muestra	204
6.1.2.1. Características sociodemográficas	205
6.1.2.2. Características laborales	206
6.1.2.3. Características de salud	207
6.2. El alojamiento y dispositivos asistenciales para las PSH: los albergues	208
6.2.1. Estrategias para la pernocta de las PSH en Madrid	209
6.2.1.1. El alojamiento durante el último año	209
6.2.1.2. El alojamiento durante la última semana	213
6.2.2. Los albergues	215
6.2.2.1. Estado de los albergues y satisfacción de los usuarios	216
6.2.2.1.1. Las condiciones generales de los albergues	218
6.2.2.1.2. El acceso y admisión a los albergues	219
6.2.2.1.3. Sobre los usuarios de los albergues	220
6.2.2.1.4. Intimidad en los albergues	221
6.2.2.1.5. Cantidad de espacio disponible en los albergues	222
6.2.2.1.6. Libertad en los albergues	223
6.2.2.1.7. Nivel de limpieza y aseo en los albergues	224
6.2.2.1.8. Nivel de ruido en los albergues	225
6.2.2.1.9. Protección contra el frío o calor en los albergues	226
6.2.2.1.10. Nivel de seguridad en los albergues	227
6.2.2.1.11. Atención recibida por el personal de los albergues	228
6.2.2.1.12. Número de albergues en Madrid	229
6.2.2.1.13. Consideraciones generales	230

6.2.2.2. Motivos de la no utilización de albergues	231
6.2.2.3. Usuarios “versus” no usuarios de albergues: diferencias entre ambos colectivos	233
6.2.2.3.1. Lugares de pernocta durante el último año y la última semana	234
6.2.2.3.2. Características sociodemográficas	235
6.2.2.3.3. Empleo y recursos económicos	236
6.2.2.3.4. Historia de vida	240
6.2.2.3.5. Consumo de sustancias psicoactivas	241
6.2.2.3.6. Salud física y mental	243
6.2.2.3.7. Sucesos estresantes	245
6.2.2.3.8. Apoyo social	246
6.2.2.3.9. Alimentación	252
6.2.2.3.10. Ropa	254
6.2.2.3.11. Aseo personal	255
6.2.2.3.12. Otros servicios	258
6.2.2.3.13. Derechos ciudadanos y expectativas de futuro	260
6.2.2.3.14. Resumen de las diferencias entre usuarios y no usuarios de albergues	264
6.2.2.4. Relación entre “utilización de albergues”, “apoyo social”, “salud” y “nacionalidad”	267
6.2.3. Conclusiones	273
6.3. La alimentación y los dispositivos asistenciales para las PSH: los comedores sociales	283
6.3.1. Consideraciones generales sobre la obtención de comida por las PSH	283
6.3.1.1. La obtención de comida a lo largo del último año	284
6.3.1.2. La obtención de comida durante la última semana	285
6.3.2. Los comedores sociales	287
6.3.2.1. Estado de los comedores sociales y satisfacción de los usuarios	287
6.3.2.1.1. La cantidad de comida obtenida en los comedores sociales	289
6.3.2.1.2. Las condiciones generales de los comedores sociales	290
6.3.2.1.3. El acceso y la admisión a los comedores sociales	291
6.3.2.1.4. Sobre los usuarios de los comedores sociales	292
6.3.2.1.5. Intimidad en los comedores sociales	293
6.3.2.1.6. Cantidad de espacio disponible en los comedores sociales	294
6.3.2.1.7. Libertad en los comedores sociales	295
6.3.2.1.8. Nivel de limpieza y aseo en los comedores sociales	296
6.3.2.1.9. Nivel de ruido en los comedores sociales	297
6.3.2.1.10. Protección contra el frío o calor en los comedores sociales	298
6.3.2.1.11. Nivel de seguridad en los comedores sociales	299
6.3.2.1.12. Atención recibida por el personal de los comedores sociales	300
6.3.2.1.13. Número de comedores sociales en Madrid	301
6.3.2.1.14. Consideraciones generales	302
6.3.2.2. Motivos de la no utilización de comedores sociales	303
6.3.3. Conclusiones	304
6.4. La ropa y los dispositivos asistenciales para las PSH: los roperos	307

PSH en Madrid	357
6.7.2. El Ingreso Madrileño de Integración	358
6.7.2.1. Características de las PSH perceptores del IMI en Madrid	359
6.7.2.2. Diferencias entre PSH perceptoras y no perceptoras del IMI	360
6.7.3. Conclusiones	363
Capítulo 7.	
DISCUSIÓN	367
7.1. Conocimiento de los servicios básicos por las PSH en Madrid	368
7.2. Utilización de recursos básicos por las PSH en Madrid	370
7.3. Satisfacción de las PSH sobre los recursos básicos en Madrid	372
7.4. Motivos de no utilización de recursos básicos por las PSH en Madrid	375
7.5. Diferencias entre PSH usuarias y no usuarias de albergues en Madrid	378
7.6. Percepción de ayudas económicas por las PSH en Madrid	384
Capítulo 8.	
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	387
8.1. Conclusiones	387
8.1.1. La muestra	388
8.1.2. Albergues	389
8.1.2.1. Satisfacción de los usuarios de albergues y motivos de no utilización por no usuarios de estos dispositivos	390
8.1.2.2. Diferencias entre PSH usuarias y no usuarias de albergues	391
8.1.3. Comedores sociales	394
8.1.3.1. Satisfacción de los usuarios de comedores sociales y motivos de no utilización por los no usuarios de estos dispositivos	395
8.1.4. Ropa y roperos públicos	396
8.1.4.1. Satisfacción de los usuarios de roperos públicos y motivos de no utilización por los no usuarios de estos dispositivos	397
8.1.5. Baños públicos	398
8.1.5.1. Satisfacción de los usuarios de baños públicos y motivos de no utilización por los no usuarios de estos dispositivos	398
8.1.6. Otros servicios	399
8.1.7. Prestaciones económicas	399
8.1.7.1. Diferencias entre PSH perceptoras y no perceptoras del Ingreso Madrileño de Integración	400
8.2. Consideraciones finales	401
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	405
ANEXOS.	
Anexo 1.	
LISTADO DE RECURSOS DISPONIBLES EN LA CIUDAD DE MADRID.	
1. Alojamiento para PSH.	
2. Alojamiento para poblaciones especiales.	
3. Alojamiento para inmigrantes.	
4. Comedores sociales.	
5. Duchas / baños públicos.	
6. Roperos.	
7. Centros de información y acogida.	
8. Otros.	

Anexo 2.**RESULTADOS DEL ESTUDIO DE APROXIMACIÓN INICIAL A LA SITUACIÓN DE LAS PSH.**

1. Características generales de las PSH entrevistadas	2
1.1. Características sociodemográficas	2
1.2. Tiempo en la calle	3
1.3. Historia familiar	4
1.4. Estudios y vida laboral	10
1.5. Procedencia y emigración	14
1.6. Salud	17
1.7. Intentos de reinserción	22
1.8. Causas de su situación de sin hogar	25
2. La institucionalización	27
2.1. Procesos de institucionalización temprana	27
2.2. Institucionalización adulta	30
3. Acerca de los albergues	33
3.1. Antes del albergue	33
3.2. La puesta en contacto con los albergues	36
3.3. El tiempo de permanencia en los albergues	40
3.4. La opinión de los usuarios sobre los albergues	42
3.5. Sobre los usuarios de los albergues	45
3.6. La relación con el personal del albergues	50
3.7. Las perspectivas de futuro en relación con los albergues	52
4. Otros servicios de asistencia	55
4.1. Comedores sociales, aseos y roperos	55
4.2. Trabajadores sociales	58
4.3. Asistencia médica	61
5.- Pensiones y subsidios económicos	63
6.- Expectativas de futuro	68

Anexo 3.**CUESTIONARIO EMPLEADO EN LA “NOCHE-S”.****Anexo 4.****CUESTIONARIO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN.
SECCIÓN J: UTILIZACIÓN DE SERVICIOS****Anexo 5.****TARJETAS DE APOYO.**

INTRODUCCIÓN

Con el cambio de milenio, lejos de desaparecer las diferencias socioeconómicas entre los seres humanos, podemos constatar cómo estas vienen incrementándose por toda la “aldea global”. Las grandes diferencias existentes en poder adquisitivo y calidad de vida no sólo son constatables a nivel internacional, sino que se aprecian con total claridad en el interior de los diferentes estados nacionales. Si en los países con menores niveles de renta se detectan diferencias escandalosas entre las clases pudientes y los menos favorecidos, también en las sociedades más desarrolladas, en medio de la opulencia, un elevado número de personas carece incluso de una de las necesidades más básicas para cualquier ser humano: una vivienda digna, un hogar.

Como no sorprenderá a ninguno de los lectores del presente trabajo, el Estado Español -uno de los más desarrollados del globo, novena potencia económica mundial aunque ocupando el puesto 21 en el Índice de Desarrollo Humano (IDH, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2001)- presenta -principalmente en entorno urbanos- importantes capas de ciudadanos carentes de lo más básico. Y, en el conjunto del Estado, la ciudad de Madrid ocupa un lugar preeminente en lo que a número de personas excluidas socialmente se refiere, debido a su tamaño, su condición capitalina, las posibilidades laborales que ofrece y el importante número de servicios que en ella se ubican. Madrid parece funcionar a modo de polo de atracción de personas con dificultades económicas y laborales procedentes tanto del conjunto del territorio nacional como del extranjero, personas que en ocasiones pasan a engrosar el colectivo de quienes viven en la marginación.

Irónicamente, la Constitución Española de 1978, en su Título I (*De los derechos y deberes fundamentales*), Capítulo Tercero (*De los principios rectores de la política social y económica*), Artículo 47 (*Derecho a la vivienda*).

Utilización del suelo) manifiesta de forma explícita:

“Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación.

La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos”

De igual forma, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada y proclamada por las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, afirma que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tienen así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Un estricto cumplimiento de la Constitución Española o, en su defecto, de los acuerdos que nuestro país rubrica en foros internacionales -tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos -, debieran marcar pautas a seguir en aras a solucionar, de una forma definitiva, el problema de los ciudadanos carentes de vivienda.

Sin embargo, al igual que la mayoría de los derechos sociales presuntamente amparados por la Constitución Española de 1978, el derecho a la vivienda carece de garantías constitucionales de exigibilidad directa. El contenido real de este derecho deberá ser regulado por una ley. Y, en el caso de existir la ley, sólo puede recurrirse a la justicia ordinaria, es decir, el ciudadano no puede alegar derechos constitucionales en relación a la vivienda. En definitiva, los derechos sociales, y entre ellos el derecho a la vivienda, no son sino orientaciones o mandatos al legislador, pero en su sentido estricto no existe obligación del Estado de efectuar tales prestaciones (Reig y Merino, 1994).

Valorar las iniciativas legislativas y su utilidad en la lucha contra la pobreza y la exclusión social resulta, sin lugar a dudas, de capital importancia para avanzar en la solución de este problema. Sin embargo, hasta la llegada del momento en que una adecuada distribución de rentas -acompañada de los oportunos avances científicos y sociales- permitan subsanar los problemas que conducen a la exclusión social, se hace necesario analizar minuciosamente la provisión de servicios -tanto aquellos asistenciales como los enfocados hacia la reinserción del colectivo- de cara a la maximización de los recursos y la instauración de estructuras asistenciales eficaces para afrontar la lucha contra el problema.

A las personas que carecen de vivienda, de forma tradicional se las ha definido de muy diferentes maneras: vagabundos, transeúntes, sin techo, mendigos, carrilanos, marginados, indomiciliados, indigentes... En el presente trabajo se ha decidido utilizar el término "*Persona Sin Hogar (PSH)*", por poseer esta definición una serie de connotaciones que quedan difuminadas con la utilización de otros términos. Mientras el término "Persona" viene a significar "*Individuo de la especie humana*", "Hogar" es definido por el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como "*Sitio donde se enciende lumbre*". En su sentido más coloquial, el término hace referencia tanto a "*casa y domicilio*" como a "*vida de familia*". Así, carecer de un hogar, una "*casa o domicilio*", donde poder llevar a cabo una "*vida de familia*", genera una amplia gama de disfunciones, atentando directamente contra el ejercicio de derechos fundamentales: derecho a la seguridad personal, derecho a la vida e inviolabilidad del domicilio, derecho al honor e intimidad personal, familiar y la propia imagen, derecho al secreto de las comunicaciones...

La carencia de un hogar convierte a muchas personas en usuarios de recursos diseñados para paliar, en la medida de lo posible, las necesidades de este colectivo, recursos implantados y gestionados tanto por organismos públicos como por entidades privadas. Sin embargo, la provisión de servicios sociales -muchas veces cercanos a la beneficencia- no es, ni puede ser, la solución para el problema de la persistencia de un colectivo de personas que

se ven empujados a vivir en las calles. En este sentido, “poner parches” -lo que desde diversas perspectivas puede considerarse la provisión de determinados servicios- para ocultar -eludiendo subsanar- el problema estructural de las PSH, debe entenderse, en el mejor de los casos, como una solución transitoria que no debiera incidir en un retardo de la puesta en marcha de políticas orientadas a la raíz del problema.

Sin embargo, el actual cuestionamiento del Estado Social y Democrático de Derecho o “Estado del Bienestar”, y el retorno a un liberalismo decimonónico -impulsado desde determinados sectores- especialmente en aspectos referentes a las políticas de protección social, justifica ideológicamente que la provisión de servicios pueda servir, *de facto*, para ocultar el problema de los PSH a los ojos de la sociedad, manteniendo el actual *statu quo* de los más desfavorecidos y paralizando -o en el mejor de los casos ralentizando- la puesta en marcha de políticas efectivas de lucha contra la marginación y la exclusión social. En este contexto no resulta absurdo plantearse la posibilidad de que colaborando en la mejora de unos servicios específicos para las PSH se genere un efecto negativo que incida en el mantenimiento del problema -al ocultar este a los ojos de la sociedad-. Sin embargo, no parece razonable sostener que el empeoramiento deliberado en la situación de las PSH sirva, al menos a medio plazo, para forzar el diseño de políticas de carácter estructural, en la línea de una sociología marxista del conflicto anacrónica y mal entendida.

Durante la última década he venido trabajado activamente desde diferentes instituciones que centran su actividad en colectivos socialmente excluidos o en situación de desventaja social, entre las que podrían señalarse el Departamento de Bienestar Social del Ayuntamiento de Guadalajara -como psicólogo clínico y director de un programa de asistencia psicológica-, la Asociación de Voluntariado “Camino Abierto” -como voluntario y asesor -, la ONG Médicos del Mundo -como socio y miembro de los grupos de salud mental y derecho humanos- o el ámbito universitario -como investigador en

diferentes proyectos¹ centrados en el colectivo de las PSH-. A partir de esta experiencia considero relevante la necesidad de potenciar estrategias de apoyo a la normalización del estilo de vida de las personas que se encuentran en situaciones de exclusión social, entre las que desatacan las PSH. Por ello, a la espera de políticas estructurales de lucha contra la exclusión y pese a no percibirlo como la solución al problema, considero interesante centrar la atención en los diferentes recursos que, en mayor o menor medida, pretenden paliar al menos las necesidades más acuciantes del colectivo. Y, para ello, considero fundamental dar voz a los principales implicados, las propias PSH, permitiéndoles opinar sobre las cuestiones más relevantes en relación a los servicios orientados a cubrir “sus” necesidades.

No debe perderse de vista que generalmente los datos referentes a la dotación y prestaciones de los servicios orientados a las PSH proceden de los gestores de los mismos o las instituciones que los financian. Sin embargo, en el presente trabajo, el estudio de los servicios se abordará desde la perspectiva directa de sus usuarios, tanto reales como potenciales. Así, desde la perspectiva de las propias PSH se estudiarán las estrategias puestas en marcha para afrontar las necesidades más básicas -alojamiento, comida, ropa, higiene, salud...-, siendo asimismo las propias PSH quienes señalaran tanto las carencias o deficiencias de los recursos enfocados a paliar dichas necesidades como aquellas cuestiones que, consideradas por ellos de interés, deberían ser potenciadas. La satisfacción manifestada por los usuarios sobre los diferentes recursos utilizados junto a los motivos alegados por los no usuarios para prescindir de ellos serán dos de las claves principales en la investigación.

¹ “Viabilidad y efectividad de los programas de lucha contra la exclusión social: Componentes psicosociales, de salud, formación, empleo y vivienda”. Plan Nacional I+D+I. (Nº de Ref. del Proyecto: SEC2000-0712). Director: Dr. Manuel Muñoz;

“Health and Dignity in European Homeless” Director: Dr. Thomas Craig;

“Características diferenciales psicológicas, sociales y económicas de las personas vulnerables a la situación de Sin Hogar: Análisis longitudinal de muestras de alto riesgo”. (Nº Ref. Proyecto 06-012-1997). Director: Dr. Carmelo Vázquez;

“Estudio psicosocial de las personas sin hogar en Madrid: estudio epidemiológico y factores de exclusión” Plan Nacional I+D (Nº Ref. Proyecto: SEC96-1008). Director: Dr. Manuel Muñoz;

“Estudio cualitativo de los factores que afectan a las Personas Sin Hogar en la Comunidad Autónoma de Madrid” (Nº Ref. Proyecto: 06/0123/1997). Director: Dr. Carmelo Vázquez,

“Estudio cualitativo de la situación de los enfermos mentales sin hogar en cinco capitales de la Unión Europea”. Director: Prof. Luigi Leonori.

De esta forma, y a partir de una confianza probablemente injustificada en las administraciones públicas -quienes son, en última instancia, las encargadas de modificar las políticas de bienestar social-, se afrontará el estudio de los principales servicios orientados hacia las PSH, con la esperanza de obtener conclusiones que redunden directamente en una mejora de la calidad de vida de quienes desinteresadamente colaboraron en el desarrollo de la investigación².

² La presente tesis doctoral fue realizada en el marco de los proyectos de investigación "Estudio psicosocial de las personas sin hogar en Madrid: estudio epidemiológico y factores de exclusión" financiando por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (Nº Ref. Proyecto: SEC96-1008) y "Estudio cualitativo de los factores que afectan a las Personas Sin Hogar en la Comunidad Autónoma de Madrid" financiado por la Comunidad Autónoma de Madrid (Nº Ref. Proyecto: 06/0123/1997).

Capítulo 1

APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PSH

Las PSH componen un colectivo cada día más fácil de observar en las calles (Milligan y Will, 2000) y que, paralelamente, cada vez resulta más difícil definir con precisión (Clanché, 2000; Bachrach, 1987). No es objetivo del presente trabajo elaborar una definición de lo que venimos llamando PSH, ni tan siquiera valorar las características cualitativas o cuantitativas generales de este colectivo. Sin embargo, de cara a enmarcar el tema que nos ocupa, son puntos obligados a abordar tanto el problema de la definición del colectivo como su incidencia, junto a algunas de sus características más relevantes.

1.1. DEFINICIÓN DE PERSONA SIN HOGAR (PSH).

Se ha utilizado una amplia diversidad de términos en distintos idiomas, en función de los diferentes contextos, para definir al grupo de personas que se caracteriza, de forma esencial, por carecer de vivienda. Así, en francés, este colectivo se ha denominado *clochard, vagabond, chemineau, mendiant, sans domicile, sansabri...*; en inglés *hobos, tramps, bums, vagrant...*; en alemán *landstreicher, obdachloser, vagabund...*; en italiano *senza fololare, senza di mora...* (García Tutor, 1992; Morse, Calsyn y Burger, 1991; Mouren, Rajaona, Thieboux *et al*, 1977; Pichon, 2000; Vega, 1996).

Durante los últimos años, en la literatura anglosajona se ha afianzado progresivamente el término “*Homeless*” -literalmente “Sin Hogar”-. Este término se utiliza de forma general para hacer referencia a aquellas personas que, junto a sus más básicas carencias de vivienda y recursos económicos, suelen acumular otra serie de penurias, viéndose conducidas progresiva -y en ocasiones rápidamente- hacia un estilo de vida socialmente marginada con

unos patrones de supervivencia característicos: uso de albergues y otros servicios para PSH; transeuntismo en busca de alojamiento, trabajos o recursos; aislamiento social; vida en las calles... (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998; Vega, 1996). Será la traducción de este término anglosajón, tal como se señaló con anterioridad, la denominación que se utilizará en el presente trabajo.

En nuestro país no existe una definición oficial de lo que supone ser una PSH. Ni las Administraciones Central, Autonómica o Municipal, ni los censos de población, han definido el término. Igualmente no existen definiciones oficiales de términos que podrían considerarse sinónimos o muy similares (Muñoz y Vázquez, 1998) lo que implica, entre otros problemas, un serio vacío legal que afecta a las personas en esta situación. Esta falta de definición homogénea ha hecho que a lo largo de las últimas décadas se utilicen diferentes tipos de definiciones por distintos autores y distintos sectores sociales implicados en el problema, si bien puede sostenerse que en el momento actual existe un cierto consenso implícito respecto al contenido del término PSH y a los criterios que deben regir en esta definición.

Una aproximación a la definición de PSH es la utilizada por quienes proveen servicios a este colectivo. Dado el vacío legal y las dificultades terminológicas señaladas, ha solido optarse por definiciones operativas, con una idea básica que tiende a ser similar: PSH es básicamente aquella que utiliza los servicios diseñados para esta población. Si bien este tipo de definición ayudó a esclarecer el contexto de trabajo y facilitó las primeras investigaciones al respecto, resulta difícil mantenerla en la actualidad: ni todas las personas que utilizan los servicios son PSH, ni todas las PSH utilizan los servicios. En todo caso este tipo de definición resulta inadecuada por incluir personas que no son PSH o por excluir auténticas PSH, resultando especialmente insatisfactoria cuando el criterio se centra exclusivamente en un usuario de un sólo recurso o servicio (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998).

Utilizando un enfoque algo más riguroso, en el seno de Cáritas Española

se ha preferido utilizar el término “transeúnte” para hacer referencia a aquellas personas que sufren pobreza y exclusión, pero utilizan los servicios - principalmente albergues-. Por su parte, los “sin techo” serían aquellos transeúntes que viven literalmente en la calle sin utilizar albergues (Nerín, 1996; Salinas, 1994). Esta definición de transeúnte resulta imprecisa pese a tener algunos puntos de coincidencia con las definiciones más extendidas de PSH. Por otra parte, el término “sin techo” ha sido utilizado tanto por diferentes autores (García-Tutor, 1992) como en documentos de organismos oficiales -Ej. Consejería de Integración Social de la Comunidad Autónoma de Madrid o Consejo de Europa-.

Durante los últimos años, distintos grupos de investigación europeos coordinados en torno a la *Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan a favor de las Personas Sin Hogar* (FEANTSA) han venido apuntando la necesidad de contar con una definición común para todos los países miembros de la Unión Europea (UE) (Avramov, 1995), llegándose a exigir este objetivo a todos los gobiernos de la UE (Daly, 1993). Aunque existe un consenso al respecto, dicha solicitud no ha sido atendida hasta el momento (FEANTSA, 2001).

En el esfuerzo inicial por alcanzar una definición común de PSH, tuvieron cierta relevancia las definiciones utilizadas en los Estados Unidos de América, principalmente la recogida en la *McKinney Homeless Assistant Act* (1987) y muy especialmente la utilizada por la *United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration* (1983) que define a las PSH como: “cualquiera que carezca de un lugar para albergarse adecuado y de nexos y recursos comunitarios”. Es decir, en esta definición se incluyen los criterios de pobreza y aislamiento social. De hecho, el Dictamen sobre “*El problema de los sin techo y la vivienda*” emitido en junio de 1999 por el Comité de las Regiones de la Unión Europea (1999) señalaba:

“... sabemos muy poco de acerca de los “sin techo” principalmente porque no existe una definición exacta ni una calificación jurídica estable en cada uno de los países. El término “sin techo” abarca realidades distintas en cada país. Las

definiciones, las normas y las prácticas de los distintos Estados miembros complican más la situación.”

El Consejo de Europa (1992), definió a las PSH como:

“...personas o familias que están socialmente excluidas de ocupar permanentemente un domicilio adecuado y personal. Personas o familias que:

- a) no tiene techo sobre sus cabezas y están condenadas a vivir en la calle como vagabundos;*
- b) están temporalmente alojados en refugios o centros de acogida, especialmente creados para personas sin techo por las autoridades públicas o por el sector privado;*
- c) están temporalmente alojadas en el sector privado, en establecimientos de cama y desayuno, hoteles baratos u otros refugios privados, o con amigos o familiares con los que se podrían ver forzados a cohabitar;*
- d) ocupan, legal o ilegalmente, viviendas inseguras, cabañas, chozas, casas abandonadas, barracas, etc.*
- e) residen en instituciones, establecimientos de cuidados infantiles, hospitales, prisiones y hospitales psiquiátricos, y que no tienen domicilio al que ir al salir de estas instituciones; o*
- f) tienen una vivienda que no se puede considerar adecuada o socialmente aceptable, y que, por tanto, se convierten en personas o familias mal alojadas”.*

Mientras tanto, FEANTSA y el LABOS de Roma (Avramov, 1995; Daly, 1994) llegaron a una definición muy similar:

“Persona Sin Hogar es aquella persona incapaz de acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios, y personas incapaces de mantener alojamiento con la ayuda de los Servicios Sociales”.

En estas definiciones se unen dos criterios relevantes: pobreza económica que impide acceder a una vivienda en el mercado y exclusión social que impide el acceso a la vivienda y otros servicios básicos a través de los canales comunitarios de ayuda -servicios sociales-. Igualmente se consideran PSH aquellas personas que actualmente viven en instituciones -hospitales, cárceles, etc.- pero no disponen de alojamiento donde habitar al salir. Y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en claras condiciones de hacinamiento.

1.2. PREVALENCIA DE LA SITUACIÓN DE SIN HOGAR.

Diferentes estudios señalan que la presencia de PSH en las sociedades industrializadas se ha incrementa con el paso de los años, hasta llegar a alcanzar proporciones cuasi-epidémicas (Burt, 1992; Jahiel, 1992; Milligan y Will, 2000; Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al*, 1996; Rossi, 1989), y ello pese a la prosperidad económica alcanzada durante los últimos años por algunos de los países más desarrollados. En estas circunstancias, determinar el número exacto de PSH resulta una compleja tarea, sobre todo si se toman en consideración problemas añadidos como los derivados de la definición de quien debe ser clasificado como tal (Appelbaum, 1990; Burnam y Koegel, 1988; Susser, Conover y Struening, 1990; Wiegand, 1985) y la selección de la muestra a utilizar en trabajos con esta población (Clanché, 2000; Burt, 1996; Johnson, 1989; Link, Susser, Stueve *et al*, 1994). En consecuencia, la estimación sobre el número de PSH en los Estados Unidos ha variado desde cifras de prevalencia puntual de 500.000 personas (Burt y Cohen, 1989a) a 2-3 millones (Manderscheid y Rosenstein, 1992). Sin embargo, se considera que incluso la cifra más elevada puede quedarse corta si se utilizan estrategias de medida más sensibles (Link, Susser, Stueve *et al*, 1994).

En lo que respecta a Europa la situación es, si cabe, menos conocida que en los Estados Unidos. De acuerdo con los indicadores más frecuentemente utilizados -basados principalmente en porcentajes mensuales de ingresos en la red de recursos - existen en torno a 53 millones de personas en la Unión Europea que se encuentran por debajo la línea de la pobreza (Commision of the European Communities, 1993). De esta población se estima que, de manera aproximada, 1.800.000 personas dependen cada año de servicios temporales de refugio o alojamiento para PSH, ya sean estos públicos o privados (Avramov, 1995). Pero, si se utilizan definiciones de PSH menos restrictivas -que incluyan por ejemplo a las personas que conviven con amigos o familiares-, la población de PSH estimada alcanza cotas superiores a los 2.700.000 en el marco de la Unión Europea. Ahora bien, el problema de las PSH no afecta de igual forma a todos los países de la UE, ni tan siquiera aparece de forma uniforme entre aquellos de

similares características socioeconómicas. Las estimaciones de prevalencia anual - basadas en un amplio número de fuentes - indican que el rango de PSH puede variar entre las 194 personas en Luxemburgo a las 876.450 en Alemania (Avramov, 1995). En Gran Bretaña, uno de los estados que en mayor medida sufre este problema, cerca de tres millones de personas fueron PSH en algún momento a lo largo de la década de los 80, dos tercios de las cuales vivieron fuera de Londres (Scott, 1993). En 1988 el número de PSH en Inglaterra ascendía a más 500.000 personas, de las que 300.000 ocupaban alojamientos temporales tales como albergues, *Bed and Breakfast*, o refugios para mujeres (Central Statistics Office, 1989).

Si nos atenemos a una de las definiciones más aceptadas, como es la utilizada por la *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration* de los Estados Unidos, se considerará como PSH a todas aquellas personas que no poseen un adecuado refugio, recursos y vínculos comunitarios (*United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration*, 1983). Por tanto, además del problema de la vivienda, caracteriza la situación de las PSH la falta de filiación social, cuestión ésta que resulta extraordinariamente importante en la posible explicación de las diferencias interculturales existentes en lo referente a las tasas de PSH.

En nuestro país, factores como la escasa movilidad geográfica - habitualmente las personas viven y trabajan en la misma ciudad en que nacieron - o una estructura familiar muy cohesiónada, pueden ayudar a explicar el bajo número de PSH en relación con otros países de nuestro entorno. Para ilustrar este punto, baste decir que de acuerdo con algunas estimaciones, un 81% de los hijos españoles menores de 21 años continúan viviendo en casa de sus padres (Iglesias, Flaquer, Meil *et al*, 1994). Obviamente, una sociedad como la española, fuertemente centrada en torno a la familia, puede producir un número desproporcionadamente elevado de personas que conviven con familiares o amigos, dando lugar a la existencia de una gran cantidad de PSH ocultos, lo que en los países anglosajones viene denominándose *hidden homeless* (Fisher y Breaky, 1986; Link, Susser, Stueve *et al*, 1994; Shlay y Rossi, 1992).

El aparente menor número de PSH en España y en otros países del sur de Europa (Salinas, 1993, 1994, 1995), resulta llamativo cuando se considera que problemas como la falta de vivienda o la tasa de desempleo son especialmente marcados en España (Toharia, Garrido y Muro, 1994), si se compara con la situación existente en otros países de la Unión Europea y la Organización para la Cooperación y Desarrollo en Europa (OCDE) (Consejo Económico y Social, 1994; Eurostat, 1996; González y Torres, 1992).

En lo relativo al número de PSH en España, no existen censos de esta población (Muñoz y Vázquez, 1998), de forma que los datos disponibles más actualizados provienen de estimaciones parciales realizadas utilizando diferentes definiciones, lo que da lugar a diferentes criterios a la hora de estimar su número (Cabrera, 2000; Vázquez, Muñoz y Rodríguez, 1999). El Observatorio Europeo para las PSH (Avramov, 1995) estimaba el número de personas en alrededor de los 160.000. Para llegar a esta cifra se utilizó el número de personas/día que duermen en los albergues -aproximadamente 8.000-, la duración media de la estancia -2 meses- y el porcentaje de retorno al albergue -38,5%-, delimitándose el número de personas usuarias de albergues en torno a las 11.000. A continuación, se combinó esta cifra con las ofrecidas por Cáritas (Salinas, 1990, 1991, 1992, 1993) sobre transeúntes -entre 40.000 y 45.000 al año- y con las personas con necesidades importantes de vivienda -alrededor de 100.000-. El mismo año 1995, Salinas modifica las cifras sobre la situación española, incluyendo una definición más amplia que la de transeúnte utilizada hasta el momento. Utilizando la definición de PSH elaborada por FEANTSA (Avramov, 1995) y utilizando los datos de los informes del observatorio de años anteriores y los aportados por el informe de la Fundación FOESSA (1993), se alcanza una cifra de PSH que ronda entre las 225.000 y las 273.000 (Cabrera 2000) si se incluyen personas en pésimas condiciones de vivienda que “habitan en infraviviendas cuevas, chabolas, prefabricados, etc.” (Cortés y Paniagua, 1997). Esta cifra situaría a España en una tasa de 7 PSH por cada 1.000 habitantes, muy cercana al 7,5 por cada 1.000 habitantes estimado para el conjunto de la UE (Daly, 1993; Drake, 1994).

Como puede observarse, surgen importantes diferencias en relación al número de PSH en función de las distintas definiciones utilizadas, apareciendo las estimaciones más elevadas cuando se incluyen criterios de vivienda inadecuada y no se consideran los de aislamiento social. Las menores estimaciones -11.000 PSH- responden al criterio de utilización de albergues. Las intermedias, en torno a 45.000-50.000 personas, aparecen al considerar a los que duermen literalmente en la calle junto a aquellos que presentan problemas muy graves de acceso a la vivienda y un fuerte aislamiento social. Con esta última aceptación, más amplia, se observa una similitud mucho mayor con el resto de los países de la UE (Muñoz y Vázquez, 1998).

En la ciudad de Madrid se ha incrementado la visibilidad de PSH en las calles, lo cual puede deberse a que en los últimos años se ha agravado la situación en lo referente a la disponibilidad de alojamiento en pensiones a precios económicos (IMI, 1993). Ello es debido no sólo al encarecimiento general del alojamiento en Madrid y la sustitución de edificios de la zona centro destinados a vivienda que se traspasan hacia oficinas, sino que también se debe en parte a una normativa de la Comunidad Autónoma sobre alojamientos hoteleros, exigiendo unas condiciones de habitabilidad y unos servicios a las pensiones más baratas de Madrid que, al ser rehabilitadas, supone un incremento del precio. En teoría, la normativa sobre rehabilitación y requisitos de los establecimientos hoteleros -como las pensiones- supone la obligatoriedad de facilitar alojamiento a aquellas personas que vivían antes de la rehabilitación del edificio. Esto no suele producirse, lo que se traduce en una forma de expulsión y aumento de las PSH en Madrid que no vuelven a encontrar una cama a los precios que la tenían antes. La llegada de inmigrantes de países en vías de desarrollo a Madrid también ha supuesto una competencia tan alta entre los desarraigados para obtener una cama barata que éstas prácticamente han desaparecido. La escasez de pensiones baratas ha acabado poniendo en competencia a los viajeros de paso y turistas de escasos recursos con los excluidos sociales, quedando estos últimos derrotados.

De cara a reducir la visibilidad de las PSH en Madrid, el Ayuntamiento creó en 1991 un equipo de limpieza que por las mañanas, a las 10:00 horas, regaba, fumigaba y limpiaba todo tipo de cartones y colchones de los pasajes subterráneos.

1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PSH.

Las PSH no constituyen un grupo homogéneo sino, muy al contrario, conforman un colectivo difuso en sus límites y heterogéneo en su composición y características (Rossi, Wrigth, Fisher *et al*, 1987). El perfil prototípico de “transeúnte” o “indigente” de hace 20 años era el de un varón, con una edad media de 40 años, sin cualificación laboral, con actividades laborales esporádicas o marginales, itinerante tanto en su relación con trabajos estacionales como por la lógica de atención que se prestaba en los albergues, con problemas de alcoholismo, etc. Hoy encontramos nuevos y múltiples perfiles diferenciales: mujeres, familias monoparentales, jóvenes, parados de larga duración..., y nuevos problemas añadidos: drogadicción, enfermedad mental, enfermedades como tuberculosis o SIDA, etc. (Rodríguez, Jourón y Fernández, 1998; Huth y Wright, 1997, Sánchez, 1999, Zlotnick, Robertson y Wright, 1999).

Puesto que en el Estado Español no existen definiciones oficiales de PSH, el censo no incluye referencias válidas respecto a este colectivo, lo que hace que cualquier comentario relativo a sus características demográficas en España sólo pueda ser tenido en cuenta como una estimación tentativa a partir de diferentes trabajos realizados (Muñoz y Vázquez, 1998). Los datos disponibles suelen proceder de trabajos de investigación realizados con mayor o menor rigor y en ámbitos geográficos normalmente muy limitados. En la tabla 1.1. se incluyen aquellos datos considerados más relevantes de cara a definir el perfil sociodemográfico de las PSH en España. Estos datos provienen de estudios de investigación relacionados con la salud y necesidades de las PSH (Lucas, Batista, Borrás *et al* 1995; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Rico,

Vega y Aranguren, 1994; Vega, 1996), si bien no se realizaron con fines propiamente sociodemográficos e incluyen diferentes definiciones de PSH.

	Madrid (Muñoz et al, 1995) (n=262)	Aranjuez (Rico et al, 1994) (n=524)	Barcelona (Lucas et al, 1995) (n=99)	Gijón (Vega, 1996) (n=170)
Porcentaje de varones	79%	95.2%	85.9%	87%
Edad				
18-30	24%	----	24.2%	24.5%*
31-45	38%	----	41%*	38.9%*
46-60	28%	----	32%*	26.4%*
>60	10%	----	1%	7.5%*
Media	41.9 años	40 años	39.2 años	39.9 años
Años de educación (Media)	7.7 años	8 años*	10 años*	8 años*
Estado civil				
Casados	7%	7%	12.1%	3%
Viudos	5%	4%	5.1%	4%
Separados o divorciados	24%	19%	37.4%	35%
Nunca casados	64%	70%	45.5%	57%
Total no casados	93%	93%	87.9%	97%
Hospitalización psiquiátrica previa	25%	18%	----	22.2%
Paso por cárceles o prisiones	28%	24	24.2	---
Desempleo actual	97%	88%	68.7%	75%
Duración de la situación sin hogar	----	5.3 años	2.4 años	----
Menos de 1 año	20%	----	54.5%	38%
1-5 años	39%	----	31.4%	32%
5-10 años	16%	----	----	13%
>10 años	25%	----	----	17%

*Estimado a partir de los datos indirectos proporcionados por el autor.

Tabla 1.1. Características sociodemográficas de las PSH en España.

En función de los datos disponibles, parece que las PSH en España siguen siendo predominantemente varones -si bien los diseños con estrategias de muestreo más sofisticadas muestran hasta un 21% de mujeres-, presentan una media de edad en torno a los 40 años -siendo el grupo más numeroso el de 31 a 45 años-, tiene un nivel de educación bajo -asimilable a la Enseñanza General Básica-, son personas que viven solas, en un porcentaje significativo -alrededor del 30% cuando se combinan los datos- han sufrido experiencias de institucionalización en cárceles y/o hospitales psiquiátricos, tienen un nivel muy alto de desempleo y, una vez llegados a la situación de sin hogar, tienden a permanecer en ella durante años, incluso el resto de su vida. El 80% de las PSH actuales lo son desde hace más de un año y entre un 30% y un 40% desde hace más de cinco.

Resulta interesante hacer notar que diferentes autores consideran que la

existencia de PSH es un fenómeno netamente urbano, propio de las grandes ciudades, donde los problemas de pobreza, desarraigo y aislamiento se concentran con mayor crudeza y generan que los procesos de exclusión se expresen del modo más extremo e inhumano en las situaciones de marginación sin hogar (Rodríguez Díaz, 1987; Rodríguez, Jourón y Fernández, 1998).

Tal como señala Koegel (1998), en la literatura se ha puesto énfasis en los aspectos inadecuados de las PSH, como sus problemas de salud, consumo de sustancias psicoactivas, el escaso apoyo social a que pueden acceder, el grado en que están expuestas como víctimas a los depredadores o su supuesta incapacidad para desarrollar las actividades elementales de la vida diaria. En consecuencia, sabemos poco sobre los aspectos positivos de las PSH: su fortaleza para poder sobrevivir en un entorno excesivamente hostil, las estrategias creativas que ensayan para satisfacer sus necesidades o su resistencia ante la enfermedad y la adversidad.

1.4. CONDICIONES DE SALUD MENTAL Y FÍSICA DE LAS PSH.

En lo referente a la salud mental de las PSH, los estudios realizados hasta la fecha en Europa, procedentes en su mayoría del Reino Unido, señalan la existencia de unas elevadas tasas de trastornos mentales severos entre las PSH, especialmente psicosis (Scott, 1993; Crane, 1994). Sin embargo, este tipo de estudios acostumbra a hacerse utilizando muestras sesgadas, tal como son las formadas por sujetos seleccionados en albergues, los cuales suelen mostrar elevadas correlaciones con índices de trastornos psiquiátricos (Herrman, McGorry, Bennet, et al, 1989). A lo anterior hay que sumar el que rara vez se utilizan procedimientos fiables estandarizados a la hora de obtener diagnósticos psiquiátricos entre las PSH (Robertson, 1992; Scott, 1993; Solé, 1994; Susser, Conover y Struening, 1990).

Así, los datos relacionados con la salud mental de las PSH son relativamente heterogéneos (Cohen y Thompson, 1992; Robertson, 1992), lo que

tiene cierto mérito si se tiene en consideración que los estudios varían sustancialmente en cuanto la obtención de la muestra, la selección de los sujetos e, incluso, la definición de trastorno mental (Fisher y Breaky, 1991; Koegel y Burnam, 1992; Manderscheid y Rosenstein, 1992; Robertson, 1992; Susser, Conover y Struening, 1989, 1990). Los primeros estudios realizados en este sentido reflejaron índices extraordinariamente altos de enfermedad mental entre las PSH. Sin embargo, estos índices probablemente sean el producto de la existencia de sesgos a la hora de seleccionar las muestras (Manderscheid y Rosenstein, 1992). Durante los últimos años, estudios utilizando mejores sistemas de muestreo y procedimientos diagnósticos más adecuados, señalan que entre un 25%-35% de las PSH padecen un trastorno mental serio (Arce, Tadlock y Vergare, 1983; Bassuk, Rubin y Lauriat, 1984; Koegel, Burnam y Farr, 1988; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Robertson, 1992) y entre un 30% y un 50% presentan abuso de alcohol o drogas (Bassuk, Rubin y Lauriat, 1986; Fisher y Breaky, 1990; Garret, 1989; Koegel y Burnam, 1988; Koegel, Burnam y Farr, 1988). Si tenemos en consideración la comorbilidad de ambos trastornos, puede afirmarse que entre el 50%-60% de las PSH presentan algún tipo de trastorno mental o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas (Gelberg, Linn y Leake, 1988; Manderscheid y Rosenstein, 1992).

En lo referente a España, en la tabla 1.2. se muestran los principales resultados obtenidos por diferentes estudios en cuatro ciudades. Conviene destacar el hecho de que tanto los lugares como los procedimientos de muestreo y los instrumentos diagnósticos son diferentes, lo que puede explicar parte de las discrepancias encontradas. Sin embargo, cuando los instrumentos se igualan y los muestreos son representativos (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Vega, 1996) los resultados se aproximan notablemente.

	Aranjuez (Rico et al, 1994). (n=524)	Barcelona (Lucas et al, 1995). (n=99)	Madrid (Muñoz et al, 1995). (n=262)	Gijón (Vega, 1996). (n=170)
Lugar	Albergue	Albergue y calle	Albergues, calle, comedores y servicios sociales	Oficinas de información para PSH
Instrumentos	Entrevista clínica	PERI* y MOR**	CIDI***	CIDI***
Hombres	95%	86%	79%	91%
Esquizofrenia	5%	28%	4%	12%
Depresión mayor	2%	---	20%	15%
Distimia	0.6%	---	17%	---
Deterioro cognitivo grave	0.8%	---	6%	2%
Dependencia o abuso de alcohol	29%	48%	44%	24%
Dependencia o abuso de drogas	5%	30%	13%	20%

*PERI: *Psychiatric Epidemiology Research Inventory*.

**MOR: *Mapping of Rules*.

***CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*.

Tabla 1.2. Salud mental de las PSH en cuatro ciudades españolas.

Se observa en la tabla 1.2. la presencia de elevados índices de esquizofrenia -entre un 4.2% y un 28.3%- , mientras que las tasas de Depresión Mayor, cuando se utiliza la entrevista estructurada CIDI, se sitúa entre el 15% y el 20%, índices importantes pero no alarmantes si se considera que se trata de prevalencia vital y de personas que sufren extrema pobreza y carecen de hogar y lazos sociales. Resulta igualmente alto el índice observado de sufrimiento de Síndrome Orgánico Cerebral -entre el 1% y el 6%- , diferencia que puede deberse en esta ocasión a la dificultad que presenta este diagnóstico, normalmente basados en pruebas de *screening* de rendimiento cognitivo.

Aunque los índices de prevalencia vital de trastornos mentales resultan muy elevados en comparación con la población general, éstos no son tan elevados como algunos observadores habían señalado. Si se considera que únicamente alrededor de un 18% de las PSH habían estado ingresadas en hospitales psiquiátricos, de acuerdo con Cohen y Thompson (1992) se anula, o al menos se pone en serias dificultades, la hipótesis de la desinstitutionalización psiquiátrica como causa global importante de la situación sin hogar (Lamb, 1984).

Sin embargo, los datos más destacables aparecen en referencia a la prevalencia del consumo -abuso y dependencia- del alcohol y de otras drogas. Según los distintos estudios, y considerando el doble diagnóstico, los trastornos asociados al consumo de drogas de uno u otro tipo llegan a afectar casi al 50% de la población sin hogar (Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al*, 1999; Vázquez, Muñoz, y Sanz, 1997). Esta elevada tasa en el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra directamente relacionada con gran cantidad de problemas colaterales, que abarcan desde la aparición de problemas de salud y el incremento en la posibilidad de contraer SIDA (Clatts y Davis, 1999, Ropers y Boyer, 1987) al policonsumo, la participación en actos delictivos (Gelberg, Linn y Leake, 1988) o el incremento en la aparición de sintomatología psiquiátrica (Baron, 1999).

Los únicos datos fiables disponibles acerca de la salud física de las PSH en España provienen de estudios de investigación realizados de una forma aislada en diversas ciudades españolas, por lo que su generalización debe hacerse con cautela.

Dos investigaciones llevadas a cabo en Madrid (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995) y Gijón (Vega, 1996) han abordado de una forma directa la salud física de las PSH. En Madrid se recogieron datos de autoinforme relativos a diagnósticos médicos de los entrevistados, siguiendo el esquema utilizado en Washington (Thornberry, Ardini y Dennis, 1991). En el caso de Gijón, se solicitó el autoinforme del entrevistado junto al que se pedía a los sujetos que aportasen alguna prueba documental del diagnóstico -informes médicos, recetas...-.

Trastornos	Madrid (Muñoz <i>et al</i> , 1995) (n=250)	Gijón (Vielva, 1992) (n=334)
Tuberculosis	1.6%	2.9%
SIDA	2.4%	4.5%
Problemas respiratorios	56.3%	8.0%
Problemas circulatorios	24.8%	2.4%
Problemas locomotores	26.8%	2.7%
Problemas digestivos	27.2%	7.2%
Problemas en el sistema Nervioso (No mentales)	14.2%	2.7%
Otros	15.2%	3.0%

Tabla 1.3. Diagnósticos médicos en las PSH en Madrid y Gijón

Como se observa en la tabla 1.3. existen fuertes discrepancias en referencia a los resultados obtenidos con respecto a la mayoría de los trastornos de salud estudiados, muy posiblemente debido a las diferentes estrategias de recogida de información. En cualquier caso pueden destacarse algunos hechos significativos. En primer lugar, en el estudio de Madrid la práctica totalidad de la muestra presenta algún tipo de trastorno de salud mientras en el caso de Gijón los índices son más bajos -en este estudio el entrevistado debía poseer algún dato que avalase su diagnóstico-. En ambos estudios los índices de SIDA y tuberculosis son muy elevados y similares, tanto en relación con la población general española como con la población de PSH en otros países (Lecomte, Mizrahi y Mizrahi, 2000; Miguel, Rodríguez, Jovell *et al*, 1994; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991, 1998, 2000; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997; Vázquez, Muñoz, Vázquez *et al*; en prensa).

1.5. FACTORES ESTRUCTURALES Y PERSONALES DE LA SITUACIÓN DE SIN HOGAR.

No cabe asignar a un único factor causal la condición de quedarse sin hogar, dado que ésta deviene como resultado de múltiples y complejos factores interactivos (Badagliacco, 1999; Morse, 1992; Craig y Timms, 2000). Dentro de las revisiones existentes sobre la etiología de la situación de sin hogar, los autores han puesto especial énfasis en la importancia de las disfunciones psicológicas (Lamb y Lamb, 1990; Lamb y Talbott, 1986; Marcos, Cohen,

Nardacci *et al*, 1990, Olfson, Mechanic, Hansell *et al*, 1999), los factores económicos (Benveniste, 1996; Elliot y Krivo, 1991, Snow y Anderson, 1993), las redes sociales y familiares (Jackson-Wilson y Borgers, 1993; Smollar, 1999; Tavecchio, Thomeer y Meeus, 1999, Wolfe, Toro y MaCaskill, 1999) o la combinación de ambas (Cohen y Thompson, 1992; Jahiel, 1992; Metraux y Culhane, 1999; Morse, 1992; Rossi, 1989; *The United States Conference of Mayors*, 1993). Sin embargo, como se ha señalado (Cohen y Thompson, 1992; Shlay y Rossi, 1992), estas deducciones se encuentran basadas más en conclusiones extraídas a priori que en datos científicos. De esta forma, factores como la movilidad geográfica, la edad de emancipación o la extensión de las redes familiares pueden jugar un importante papel en etiología de la situación de sin hogar (Sosin, Piliavin y Westerfelt, 1990), lo que a su vez pone de manifiesto la importancia en la realización de estudios transculturales (Jakson-Wilson y Borgers, 1993; Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al*, 1996, Shinn, Knickman y Weitzman, 1991).

Aunque parece claro que los factores socioeconómicos de gran escala - política de vivienda, cifras de desempleo, política de protección social, migración, etc.- son una base importante del problema, no parecen ser las únicas causas. Como afirma Rossi (1989), aunque los factores estructurales generales pueden ayudar a explicar cuántas personas en un momento determinado son PSH, “...es probable que las características personales expliquen quién se va a convertir en persona sin hogar”. Por tanto, resulta fundamental conocer mejor los factores de vulnerabilidad personal -sucesos vitales, redes de apoyo, acontecimientos críticos, enfermedades, etc.- que pueden hacer que unos individuos sean más vulnerables que otros a deslizarse hasta la situación de sin hogar. Esta doble perspectiva causal - macroeconómica y psicosocial- resulta esencial para analizar las causas diferenciales que, en diferentes momentos o ámbitos geográficos, pueden conducir a la situación de PSH. Por ejemplo, la pobreza es importante pero no determinante (VanGeest, Johnson y Warnecke, 2000). Como señala Rossi (1989), las personas extremadamente pobres parecen tener el mismo nivel de recursos económicos que las PSH pero, obviamente, sólo una pequeña parte

de los muy pobres llega a ser PSH (Vázquez, Muñoz y Vázquez, 1996).

Los principales factores investigados como posibles causas de la aparición o mantenimiento de la situación de sin hogar (Jahiel, 1992; Morse, 1992; Rossi, 1989; Shinn y Weitzman, 1990; Smollar, 1999; *The United States Conference of Mayors*, 1993; Tyler, Hoyt y Whitbeck, 2000; Vielva, 1992, Wright y Weber, 1987) han sido:

- a) Desempleo.
- b) Pérdidas económicas -Ej.: embargos-.
- c) Enfermedades físicas, lesiones o accidentes.
- d) Enfermedad mental.
- e) Abuso de alcohol o drogas.
- f) Pérdida o ruptura de relaciones matrimoniales o familiares.
- g) Separación del medio social habitual -Ej. la pertenencia a cuerpos del ejército especiales o trabajos en sitios alejados puede ser un elemento que posibilite la pérdida de redes de apoyo social y, por tanto, que facilite el proceso de sin hogar-.
- h) Problemas judiciales o comisión de delitos.
- i) Internamiento institucional -Ej. orfanatos, correccionales u hospitales-.
- j) Abusos físicos o sexuales durante la infancia.

Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al* (1999) estudiaron los factores causales y mantenedores de la situación de sin hogar, organizando los sucesos siguiendo la clasificación de Daly (1994), quien considera que las causas más comunes de la situación de sin hogar pueden organizarse en torno a cuatro grupos de factores:

- Materiales: agrupan las variables económicas, esencialmente relacionadas con la pobreza.
- Afectivos: agrupan principalmente variables relacionadas con la pérdida del apoyo social y la ruptura de las redes sociales.
- Institucionales: incluyen la relación de la persona con todo tipo de instituciones.
- Personales: agrupan principalmente las variables relacionadas con el

estado de salud -físico y mental- y el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Al igual que en otros trabajos realizados en España (Vega, 1996; Vielva, 1992) o fuera de nuestro país (Alexander, 1996; Banyard, 1993; D'ércole y Struening, 1990; Fischer, 1992; Goodman, Dutton y Harris, 1995; Padgett, Struening, Ingram, *et al*, 1996; Stein y Gelberg, 1995; Wright y Weber, 1987), Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al* (1999) observan que las PSH han sufrido un extraordinario número de sucesos estresantes a lo largo de su vida, en torno a nueve sucesos importantes. Un número tan elevado de acontecimientos vitales puede afectar a las personas tanto en su salud física y mental como debilitando sus redes sociales (Brown, 1998, Herman, Susser, Struening *et al*, 1997), variables todas ellas muy relacionadas con la situación de sin hogar (Muñoz y Vázquez, 1998). De igual forma, este elevado número de sucesos estresantes puede tener un impacto incluso más negativo en aquellas PSH que padezcan trastornos mentales, tales como esquizofrenia (Calsyn y Morse, 1992; Liberman, Mueser, Wallace *et al*, 1998). Al pedir a las personas que sitúen temporalmente los acontecimientos estresantes de su vida con relación al primer episodio de sin hogar, la mayoría de los sucesos parecen ocurrir antes o durante su transición a dicha situación (Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al*, 1999; North y Smith, 1992), pero no después.

La distribución temporal de los sucesos estresantes confirma la necesidad de contemplar el fenómeno de las PSH como una situación multicausal. No son solo los factores económicos los que, desde un punto de vista subjetivo, inciden en la aparición de este problema. Desde la perspectiva de los afectados, a los factores económicos -crisis económicas personales, desempleo...- deben sumársele factores personales (VanGeest, Johnson y Warnecke, 2000), especialmente trastornos mentales y consumo excesivo de alcohol y drogas y los sentimientos de soledad y abandono en momentos claves de la vida; los factores afectivos, relacionados con las dificultades en las relaciones sociales, que llevan a la aparición de conflictos interpersonales, separaciones matrimoniales, etc. Las PSH tienden a situar la aparición de los

sucesos vitales estresantes durante el período anterior y el período de transición hacia la primera situación sin hogar, disminuyendo de forma importante su ocurrencia posterior, apoya el cumplimiento por parte de estos sucesos vitales estresantes, de uno de los principales requisitos para considerar la relación entre variables como causal: la ocurrencia anterior en el tiempo (Haynes, 1992). Se observa igualmente que las PSH otorgan un alto impacto causal de su situación a la mayoría de los sucesos incluidos en el trabajo, especialmente a los relacionados con problemas económicos, rupturas de relaciones afectivas o sociales y enfermedad mental (Muñoz y Vázquez, 1998).

1.5.1. PRINCIPALES PROBLEMAS PADECIDOS POR LAS PSH EN MADRID.

Sobre una muestra de 262 PSH de Madrid, Muñoz y colaboradores (1999) observaron una frecuencia de encarcelamiento del 28% y unos índices de desempleo superiores al 97%³, siendo el abuso de alcohol el trastorno más habitual, afectando al 41% de la muestra. Asimismo, más de la mitad de los sujetos presentaba un trastorno por consumo o abuso de sustancias psicoactivas.

El análisis del momento de la vida en que aparecen los sucesos estresantes puede ofrecer indicaciones sobre el papel causal que estos juegan en la situación de sin hogar. Quizás la cuestión más interesante a señalar en este sentido es que las pérdidas personales o materiales resultan más frecuentes antes de la situación de sin hogar mientras que los problemas económicos, pérdida de empleo y separaciones matrimoniales se experimentan con mayor intensidad durante el proceso de convertirse en sin hogar. Esto sugiere la necesidad de intervenciones comprensivas para ayudar a las personas con alto riesgo a buscar empleo, hogar, solución a sus conflictos matrimoniales, etc. que pueda prevenir que se consolide el problema.

En lo relacionado con el consumo excesivo de alcohol, los índices de

³ El desempleo fue definido, en este caso, de un modo estricto: haber estado desempleado o haber estado buscando trabajo sin éxito durante más de un mes.

prevalencia fueron similares a los señalados en diferentes estudios, lo que permite sostener la idea de que el alcohol puede jugar un importante papel, mayor aún de lo que se creía, en la condición de sin hogar (Koegel, Burnam y Farr, 1988). De hecho, muchos problemas de salud, falta de apoyo social o familiar, problemas con la justicia o altos índices de mortalidad pueden asociarse en muchos casos al consumo excesivo de alcohol (Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al.*, 1999).

Los índices de abuso de drogas en la muestra fueron cerca de la mitad de los reflejados en otros estudios, lo que resulta especialmente llamativo si consideramos que España es uno de los países europeos con mayores índices de consumo de drogas (Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al.*, 1999). La razón de esta discrepancia puede explicarse por el hecho de que la mayor parte de los sin hogar españoles no parecen pertenecer a los llamados "nuevos sin hogar" (Rossi, 1990), ya que los jóvenes, que son los más importantes consumidores de droga, en nuestro entorno cultural no se encuentran en la situación de sin hogar al vivir la mayoría con sus padres. De esta forma, las redes sociales familiares de nuevo se presentan como un importante factor estructural que ayuda a explicar las diferencias transculturales.

Como en otros trabajos realizados en España (Vielva, 1992), según el estudio de Muñoz y colaboradores (1999) las PSH habían sufrido un número extraordinariamente elevado de sucesos estresantes a lo largo de su vida - entorno a 9 sucesos estresantes importantes-, ocho de los cuales acontecieron antes o durante su transición a la situación de sin hogar (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995). Es interesante señalar el hecho de que un elevado número de sucesos estresantes pueden afectar a las personas tanto en su salud física y mental como debilitando sus redes sociales. Este elevado número de sucesos estresantes puede resultar incluso mayor en aquellas personas sin hogar que padezcan serios trastornos mentales, tales como la esquizofrenia (Mansilla, 1993).

La causalidad percibida es un aspecto importante porque, entre otras

razones, las explicaciones causales que cada persona ofrece en relación con sus problemas a lo largo de la vida puede afectar tanto a sus estrategias de afrontamiento como a sus reacciones emocionales en relación a dichos problemas (Bandura, Taylor, Willians *et al*, 1985; Epel, Bandura y Zimbardo, 1999; Seligman y Peterson, 1992). Quizás, los resultados más interesantes es que dos factores económicos -crisis financiera y búsqueda de empleo- son los aspectos que juegan un mayor papel causal en la situación de sin hogar. El tercer factor causal son los trastornos mentales: sólo alrededor del 18% admiten haber padecido algún trastorno mental, aunque la atribución causal a dichos trastornos resulta muy elevada -3,18 en una escala de 4 puntos-. Después de este primer conjunto de factores, vienen las experiencias estresantes más directamente ligadas a aspectos de las relaciones interpersonales -conflictos interpersonales, separación matrimonial o sentimiento de abandono-. Finalmente, otra interesante cuestión es que, contrariamente a los resultados encontrados en lo referente a la salud mental, los problemas de salud o muerte de parientes o personas cercanas en las PSH, resulta una experiencia muy frecuente que no es juzgada como causas relevantes de su situación por de las personas que la han padecido (Muñoz, Vázquez, Bermejo *et al*, 1999).

1.6. VIEJOS Y NUEVOS PERFILES ENTRE LAS PSH.

Diferentes estudios señalan que en los últimos años ha venido produciéndose un proceso de cambio en lo referente a las características de las PSH (Hadler, 1992; Hopper, 1991a). Así, por ejemplo, Rossi (1990) señala que los mayores cambios acontecidos entre las PSH desde los años 50 y 60 hacen referencia a un incremento en el número de las PSH, cambios radicales en la composición de este colectivo y una marcado deterioro de su situación.

A pesar de la inadecuación de los recursos de que siempre han dispuesto en EE.UU. (Hadler y Hollingsworth, 1971), las PSH en el pasado disponían de tres veces más recursos -en dinero constante- que las PSH del presente (Rossi, 1990) y, de igual forma, las PSH de hace años utilizaban en

gran medida lugares inadecuados para pernoctar -edificios abandonados, túneles, callejones...- mientras que una alta proporción de las actuales PSH utilizan los albergues.

Entre las antiguas PSH predominaban las personas mayores que vivían de empleos eventuales intermitentes o de pequeñas pensiones de jubilación. Desde los años 30 y hasta finales de la década de los 60, la media de edad de las PSH se mantuvo en torno a los 45 años (Bahr, 1973; Solarz y Bogat, 1990), mientras la media de edad de las PSH descendió hasta situarse en torno a los 35 años en la década de los 80 (Arce, Tadlock, Vergare y Shapiro, 1983; Ball y Havassy, 1984; Lipton, Sabatini y Katz, 1987; Solarz y Bogat, 1990).

Por su parte, entre las actuales PSH parece observarse una mayor cantidad de mujeres, a menudo acompañadas de sus hijos. Estas mujeres son, de media, varias décadas más jóvenes que las de los años 50 y 60 (Rossi, 1990). Antes de la década de los setenta muy pocas mujeres dormían en la calle (Bahr, 1973; Bachrach, 1978; Blumberg, Shipley y Barskey, 1978) mientras que durante la década de los ochenta las mujeres suponían ya más de la cuarta parte de la población de PSH (Arce y Vergare, 1984; Bachrach, 1984; Crystal, 1984; Solarz y Bogat, 1990). También existe consenso sobre el hecho de que el número de familias sin hogar -muchas encabezadas por mujeres solteras- se está incrementando, al menos en los EE.UU. (U.S. *Conference of Mayors*, 1987; Wagner y Perrine, 1994).

En España, las esperadas modificaciones en el perfil de las PSH -ej. más mujeres y más jóvenes-, aunque fuertemente destacadas por los observadores del fenómeno de sin hogar no aparecen reflejadas en los estudios empíricos (Muñoz y Vázquez, 1998), lo que puede deberse a la carencia de estudios concluyentes y al escasísimo número de estudios fiables realizados en el pasado. En la tabla 1.4., utilizando datos aportados por Adicso-Incis (1991), Cáritas Española (1975), Lucas, Batista, Borrás *et al* (1995), Muñoz, Vázquez y Cruzado (1995), Rico, Vega y Aranguren (1994) y Vega (1996), se observa que los cambios ocurridos entre los años 1975 y 1995 en relación con algunas

variables sociodemográficas únicamente reflejan alteraciones significativas en el apartado referente a divorcios -el divorcio no se autorizó en España hasta el año 1981-.

	Cáritas Española (1975)	Informe de Adicso-Incis, (1991)	Varios* (1995)
Edad			
18 -39	48%	56%	43%
40 -59	43%	36%	42%
>60	9%	7%	8%
Media	41.9 años	39.2 años	40 años
Años de educación (Media)	---	8 años	8 años
Estado civil			
Casados	18%	7%	5%
Viudos	6%	8%	4%
Separados o divorciados	3%	23%	30%
Nunca casados	73%	57%	60%
Total no casados	82%	93%	95%

*Datos promediados a partir de Muñoz *et al* (1995), Rico *et al* (1994), Lucas *et al* (1995) y Vega (1996).

Tabla 1.4. Cambios en las características sociodemográficas de las PSH entre 1975 y 1995.

Señala Cabrera (2000) que, desde mediados de la década de los 80, se observa la presencia de una población sin hogar más heterogénea y diversificada, apareciendo junto a los varones de mediana edad, mujeres y gente joven de diferentes procedencias social, educativa o laboral. De la tipología del “Sin Hogar Tradicional” -varón de mediana o elevada edad, soltero, alcohólico, de origen social desfavorecido y bajo nivel formativo y educativo- se ha pasado a una serie de “Nuevos tipos de Sin Hogar”: varones de edad intermedia separados o divorciados; varones jóvenes con problemas familiares; varones jóvenes y de edad intermedia drogadictos o exdrogadictos; mujeres jóvenes y de mediana edad con malos tratos, separaciones o divorcios; mujeres jóvenes y de mediana edad drogadictas o exdrogadictas; mayor nivel educativo y cultural; enfermos mentales; inmigrantes... A partir de aquí, observa Cabrera (2000) que las principales tendencias detectadas en las PSH en España se dirigen hacia la “juvenalización”, “feminización”, “soledad legal”, toxicomanías, elevación del nivel formativo y educativo e internalización del problema con la llegada de inmigrantes. Pero, no obstante, estas tendencias requerirán en el futuro una mayor contrastación empírica que corroboren las estimaciones realizadas.

1.7. FACTORES SOCIALES DE PROTECCIÓN FRENTE A LA SITUACIÓN DE SIN HOGAR.

La presencia de personas en situaciones de exclusión social no resulta homogénea en todos los países del “primer mundo”. De hecho, la existencia de PSH resulta un fenómeno más extendido en EE.UU. o Gran Bretaña que en países como Alemania, Suecia, Noruega, Japón o Italia (Toro, Trickett, Wall *et al*, 1991). Toro y Rojansky (1990) consideran que en los EE.UU. y Gran Bretaña el gran crecimiento de las PSH puede deberse a la existencia de factores culturales que diferencian a estos países del resto de los desarrollados.

En nuestro país, aunque las cifras de pobreza relativa y, sobre todo, de desempleo son de gran magnitud, los indicadores de exclusión social, incluyendo a las PSH, no muestran cifras tan elevadas como en otros países de nuestro entorno (Muñoz y Vázquez, 1998). Estudios realizados en diferentes Comunidades Autónomas indican que el porcentaje de excluidos afectaría en nuestro país entorno a un 4% de las familias y un 3% de las personas (Laparra, Gaviria y Aguilar, 1994), disminuyendo conforme aumenta el tamaño de la población (Pérez y Sáez, 2000), lo que parece indicar que la sociedad española, en comparación con el ámbito europeo, se encuentra relativamente bien integrada. Ello pudiera ser debido a que en España, se dan una serie de factores diferenciales -estructura familiar, protección social, servicios sanitarios y vivienda- que pueden explicar porqué la pobreza no se refleja en altas tasas de exclusión y, en particular, en un número elevado de PSH (Vázquez, Muñoz y Rodríguez, 1999):

- Estructura familiar: El primer factor cohesionante en nuestro país parece ser la familia. Así, por ejemplo, dos de cada tres personas desempleadas viven en una familia en la que hay otro miembro trabajando, siendo ésta la proporción más elevada de la UE (Laparra, Gaviria y Aguilar, 1994). Otro aspecto integrador puede derivarse de que muy pocas personas, en comparación con los países europeos, viven solas. En el conjunto de España en el año 1991 sólo un 10% de los hogares eran unipersonales -y

sólo había un 3,6% de hogares unipersonales con un adulto menor de 65 años-. Estas cifras son inferiores a las del resto de los países de la OCDE donde, por ejemplo, Francia tiene en torno al 25% de hogares unipersonales, Suecia un 33%, Canadá un 20%, Irlanda e Italia un 18% y EE.UU. un 23% (De Miguel, 1993; Roussel, 1986). Mientras que en París y Nueva York el porcentaje de hogares unipersonales es del 35%, en Madrid es del 16%. Igualmente, las tasas de PSH en la calle o en albergues por cada diez mil habitantes son de 20-30 en París y 100-120 en Nueva York, mientras que de 6-8 en Madrid (Instituto Nacional de Estadística, 1992; Taeuber y Siegel, 1992). De igual forma, el contacto familiar es muy elevado en España, donde dos de cada tres españoles tienen al menos un contacto semanal con miembros de su familia -que no habitan en su vivienda-, un 30% lo hace todos los días y un 34% una vez a la semana (Muñoz y Vázquez, 1998), lo que sin duda constituye un importante recurso de afrontamiento. Además, la tradición familiar española favorece que los hijos permanezcan en casa, con los padres, hasta una edad muy avanzada. El 88% de los hijos españoles menores de 20 años (Valenzuela, 1994) y el 81% de los menores de 21 (Iglesias, Flaquer, Meil *et al*, 1994) años viven con alguno de sus padres, lo que supone un importante elemento de protección social natural ante la situación potencial de quedarse en la situación de sin hogar.

- Gastos en protección social: en España se ha producido un incremento en el gasto social durante las últimas décadas, gasto que incluye prestaciones económicas, asistencia sanitaria, servicios sociales y protección al desempleo. Según datos del Consejo Económico y Social (1994) entre los años 1985 y 1993 se ha duplicado este gasto, siendo en 1993 superior a los dos billones de pesetas. En el año 1994, en la UE el gasto social ascendía al 26% del PIB -los casos extremos eran Holanda con un 32% y Portugal con un 19%-, mientras que en España se situaba en el 22%. Sin embargo, el gasto social en España claramente difería del de la UE en lo que a prestaciones por jubilación y desempleo se refiere. Mientras que los gastos en jubilación son menores en España -6,5% del PIB- que en la UE -9,3% del PIB-, el gasto social del desempleo -3,9% del PIB- es, en términos relativos, más del doble que la media de la UE -1,7%-. Éste es un factor que sin duda

amortigua los efectos de las impresionantes cifras de desempleo en España (Eurostat, 1995). Pero la cobertura del desempleo no es universal e indefinida y, aunque se ha hecho un gran esfuerzo en los últimos años al pasar de un 34.1% de la cobertura de 1989 a un 67% en 1993 -cifra semejante a la media europea-, uno de cada tres desempleados no recibe ningún tipo de ayuda económica. Otro aspecto importante del sistema de protección social lo constituyen las pensiones no contributivas, pensiones para grupos desfavorecidos que, por no haber cotizado previamente al sistema de seguridad social, no tendrían derecho a una prestación económica. En España se implanta el sistema en 1990 y en la actualidad supone un 3% del conjunto de las pensiones y, aunque su cuantía resulta escasa, supone un factor que puede estar contribuyendo a amortiguar la exclusión social.

- Prestación de servicios sanitarios: la cobertura sanitaria es otro elemento importante de cohesión social en la mayor parte de los países europeos. En nuestro país el sistema de sanitario se ha universalizado desde 1989, es decir, todos los ciudadanos, sin excepción, tienen derecho a hacer uso de los servicios del Sistema Nacional de Salud. Esta universalización de las prestaciones sanitarias supone un elemento muy importante para reducir o atenuar los efectos de la exclusión en grupos de marginados o de rentas muy bajas.
- Vivienda: La vivienda, educación y empleo son, en opinión de Gaviria, Laparra y Aguilar (1995) los factores más importantes de integración / exclusión social. Una de las peculiaridades de España es que es el país europeo con una mayor tasa de viviendas en propiedad donde, en 1993, el 76% de los españoles habitaba en viviendas de su propiedad, tendencia que parece ir incluso en aumento (Valenzuela, 1994). El alquiler supone sólo el 20% de las viviendas, mientras que en los países de la Unión Europea supone el 40-60% del conjunto. Esta proporción de viviendas en propiedad puede ser un importante factor diferenciador de la situación española frente a otros países, pues la posesión de algún tipo de vivienda es un elemento de anclaje muy importante para amortiguar los efectos de la pobreza y la precarización. No obstante, la situación en los últimos quince años se está

endureciendo extraordinariamente pues, por un lado, la construcción de nuevas viviendas sociales protegidas ha disminuido significativamente. En 1975 se construyeron unas 200.000 viviendas sociales protegidas anuales mientras que sólo se construyeron unas 50.000 en 1994 (El Mundo, 1995). Por otro lado, el precio de compra o alquiler de las viviendas en nuestro país se han disparado, lo que posiblemente constituye un serio factor de incremento de riesgo futuro para la situación de sin hogar, especialmente en los jóvenes, para quienes resulta muy difícil el acceso a la vivienda (Salinas y León, 1995).

Aunque la población de PSH es comparativamente baja en España, la situación de la calidad de la vivienda no es buena. Estudios efectuados por la Fundación FOESSA permite estimar que, aparte de las más de 30.000 PSH (Salinas, 1995), hay aproximadamente 250.000 personas pobres habitando en viviendas en mal estado o infrahumanas o en condiciones de hacinamiento graves (Salinas y León, 1995). Este mal estado de la vivienda se agrava porque la actividad rehabilitadora, pública o privada, es relativamente pequeña en nuestro país, suponiendo sólo un 20% de la actividad constructora frente a la media europea del 32% (Salinas y León, 1995).

EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA

2.1. LAS RESPUESTAS SOCIALES A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES.

2.1.1. ALTERNATIVAS ESTRATÉGICAS FRENTE A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES.

Entre las diferentes alternativas que tradicionalmente han sido utilizadas para responder a las necesidades que, desde el comienzo de los tiempos, han padecido las personas, señala Casado (1983) la existencia de tres diferentes estrategias: el intervencionismo negativo, el abstencionismo y el intervencionismo positivo.

El *intervencionismo negativo* ha sido el sistema más elemental de afrontar las carencias sociales: tradicionalmente ha consistido en suprimir al necesitado. La investigación antropológica señala que diferentes sociedades adoptaron el infanticidio como medio de evitar un exceso de población y prevenir de esta forma emergencias futuras de difícil cobertura. De hecho, el Artículo 42 de la Ley de Beneficencia española de 1822 da por supuesta esta práctica al explicitar que “...es objeto del departamento de refugio evitar los infanticidios...”. Fórmulas similares fueron la eliminación de ancianos o la esterilización de personas con deficiencias. En este sentido, la actual restricción de entrada a emigrantes tiene un significado parecido de orden económico.

Otro modo de reducir la demanda de necesidades ha consistido en prohibirla o reglamentarla. Este fue el caso de la mendicidad, para la que se adoptaron estrategias tales como autorizar únicamente su práctica a los pobres incapaces para el trabajo, exigir un certificado -examinando al pobre de sus condiciones físicas o económicas y en lo relativo a su moral y práctica religiosa- limitar la mendicidad al lugar de nacimiento, regular días hábiles para

mendigar, etc.

El *abstencionismo* ha supuesto la “no intervención”, estrategia practicada en sociedades seguras de su propio orden interno. Sirva a modo de ejemplo la obra de Malthus (1798/1966):

“Evitar la reaparición de la miseria está, desgraciadamente, fuera del alcance del hombre. Con el vano intento de alcanzar lo que por la propia naturaleza de las cosas es imposible, estamos sacrificando beneficios no sólo posibles, sino seguros. Decimos a la gente humilde que, sometiéndose a un código de tiránicas reglamentaciones, puede reducir para siempre la miseria, y esta gente se somete a ellas. Cumple su parte del contrato, pero nosotros no lo cumplimos; es más, no podemos cumplirlo y, así, los pobres sacrifican el bien precioso de su libertad y no reciben nada a cambio cuyo valor pueda equipararse”.

Por su parte, el *intervencionismo positivo* ha supuesto un abordaje social de las necesidades insatisfechas. Este intervencionismo presenta antecedentes seculares, quizás respondiendo a un sentimiento asociado a la misma condición social del hombre (Casado, 1990).

2.1.2. LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL.

La intervención social tradicionalmente se ha orientado en función de tres diferentes objetivos: Asistencia, prevención y rehabilitación.

2.1.2.1. La asistencia.

El cometido de la acción asistencial original ha consistido básicamente en mantener con vida a las personas con carencias, enfoque propio de sociedades estamentales, donde no se valoraba la movilidad social y donde la pauta era que cada cual se mantuviera en su estado. El apoyo social, sin embargo, podía cubrir tanto necesidades fisiológicas -hambre, frío...- como otras del tipo de la educación o salud. En este sentido puede servir de ilustración un fragmento de la Real Resolución de 21 de julio de 1780, bajo el reinado de Carlos III (1759-1788):

“... igualmente se les enseñará a leer, escribir y contar como principios tan útiles para todo hombre, aún de los que se destinan a los oficios más sencillos. En estando los niños instruidos en los conocimientos dichos, precedido examen, se les explorará su voluntad y la de sus padres, si los tuvieran, para saber a qué oficio o arte de los que hay en dichos oficios muestran inclinación y tienen proporción por su talento, edad y fuerzas... Instruido el niño en los elementos de aquel arte, se les examinará por maestros de afuera, para que estando hábil pase a la clase de oficial discípulo, en lo que requiera su trabajo en dicho hospicio, y empezará a ganar su respectivo jornal...”

En la actualidad los servicios sociales incluyen en gran medida la acción asistencial, especialmente centrada en tres categorías: la ayuda domiciliaria, la hospitalización y las unidades de apoyo.

La *ayuda a domicilio*, que parece algo propio de nuestra sociedad data de muy antiguo. Ya en la Edad Media existieron regulaciones del socorro domiciliario a los pobres “vergonzantes” -aquellos que no se atrevían a proclamar su estado de necesidad-. La Ley de Beneficencia de 1849 especificaba en el artículo 90 de su reglamento que *“La más importante obligación de los ayuntamientos respecto a la Beneficencia consiste..... en los socorros y hospitalidad domiciliaria”*. En el mismo siglo XIX se fundó la Orden de las Siervas de María, dedicada a la asistencia domiciliaria de los enfermos. Por último, en el Decreto de 7 de octubre de 1940, el gobierno del General Franco exime del pago de alquiler de sus viviendas a los empleados y obreros en paro.

En los centros asistenciales de carácter residencial -antiguamente llamados hospitales, hospicios, etc.- se atendían situaciones de enfermedad, minusvalía, desvalimiento u otras necesidades materiales. Estos centros fueron instrumentos de hospitalización y albergue. El primero de ellos en nuestro país fue la llamada “Casa de Orates”, fundada en 1405 en la ciudad de Bétera (Valencia) por el Padre Jofré (Vázquez, 1990). Poco a poco fueron apareciendo centros especializados: casas de dementes, de ciegos, de sordomudos y decrepitos, imposibilitados e impedidos; hospitales de enfermos, casas de misericordia para pobres e incapaces, de huérfanos y de desamparados y de maternidad y expósitos. Si bien en el campo médico este fenómeno dio lugar a

la creación de centros muy específicos, en el campo de los servicios sociales se ha seguido la fórmula primigenia, con lo que se ha acentuado el problema de la institucionalización (Casado, 1994).

2.1.2.2. La rehabilitación.

El ideal rehabilitador ya aparecía en la obra de Juan Luis Vives "*De subventione pauperum*" (Vives, 1512/1992), si bien se fue desarrollando y aplicando muy lentamente. El campo en el que la rehabilitación presenta una mayor aplicación en la actualidad es el de las deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, donde se procura recuperar funciones y proporcionar destrezas para que las deficiencias tengan los menores efectos discapacitantes.

Pero las situaciones que requieren un mayor papel rehabilitador son las de marginación social acentuada y cronificada (vagabundeo, mendicidad, delincuencia, toxicomanía, etc.) cuando estas conductas llegan a constituir un modo de vida, si bien en estos casos la rehabilitación resulta muy compleja. En este sentido, los tradicionales albergues están procurando quebrar la carrera marginal de sus usuarios, con el fin de lograr su reinserción social, si bien señala Casado (1994) que a este respecto aún no hay información sobre logros importantes.

2.1.2.3. La prevención.

La prevención es el más moderno de los objetivos tradicionales de la asistencia social. En este sentido hay que citar las hipotéticas intervenciones de cambio social (prevenir la pobreza mediante cambios o revoluciones sociales), si bien una variante más asequible es mejorar globalmente las circunstancias estructurales de un área o grupo de alto riesgo -promoción de un barrio, dinamización de un ambiente social...-. También cabe intervenir directamente sobre las personas que padezcan carencias.

2.1.2.4. La accesibilidad.

El objetivo de la accesibilidad puede considerarse similar al de la equiparación de oportunidades, haciendo referencia no tanto a la modificación del entorno cuanto a la gestión y resultado de incorporación de los individuos a las relaciones colectivas. La accesibilidad puede seguir diferentes estrategias, si bien las más habituales son la asimilacionista y la pluralista: la primera procura fundir a las minorías en las mayorías para lo que les facilita un medio totalmente abierto -ciudadanía, educación, empleo, vivienda, protección social, etc.-, mientras que la segunda propicia la conservación de las relaciones internas y de la cultura de las minorías, procurándoles educación y servicios propios.

2.2. LA EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN ESPAÑA.

El planteamiento de una visión evolucionista de la intervención social presenta la “caridad” como un primer eslabón de la cadena que, pasando por la “beneficencia”, conduce hacia la “asistencia social” (Casado, 1994).

2.2.1. EL MUNDO MEDIEVAL.

Tradicionalmente, en la Edad Media la atención de las necesidades de los individuos era asumida por la familia, por lo que la pérdida del soporte familiar suponía para las personas incapaces y carentes de recursos el desvalimiento y la consiguiente dependencia de la ayuda de particulares e instituciones privadas y públicas. La caridad aparecía como la única forma actuante en el área social en el seno de las sociedades cristianas medievales: los niños abandonados o huérfanos; los ancianos incapacitados o desvalidos; las viudas, esposas abandonadas y madres solteras con sus hijos; los enfermos y disminuidos, eran los casos más frecuentemente considerados “verdaderos pobres”. Durante la Edad Media la alta mortalidad propia de las sociedades antiguas originaba numerosos casos de quiebra familiar, con la

consiguiente situación de desvalimiento, frente a lo cual se comenzaron a arbitrar diferentes fórmulas: la ayuda mutua local y gremial, las instituciones de socorro de pobres.... Ello no servía para eliminar la pobreza, pero ayudaba a sostener a los pobres (Geremek, 1989).

Las sociedades medievales, que cargaron el principal peso de las funciones sociales sobre las familias, también contaban con otras ayudas elementales de carácter amistoso y vecinal (Casado, 1990; Pérez y Blajot, 1994). Junto a esto, la acción social voluntaria comenzó a tener un cauce importante a través de las hermandades o cofradías, actuando sobre todo en casos de infortunio, desamparo, enfermedad o muerte de los socios. Durante la Edad Media alcanzaron gran desarrollo las hermandades y cofradías de carácter religioso, cuyo fin específico solía ser cultural o funerario, pero que incluía frecuentemente la ayuda social mutua, teniendo su base principalmente en las parroquias o en los equivalentes a los Ayuntamientos actuales.

Otro sistema de ayuda mutua fue el desarrollado por el mundo económico medieval, donde el sistema artesanal gremial incluía importantes agrupaciones sociales cuyo objetivo era la organización y control de actividades económicas -incluyendo la mendicidad, como en el caso de la hermandad de ciegos-. Algunos gremios contaban con fórmulas de previsión y protección social, de las que se beneficiaban los artesanos. Inicialmente los gremios constituían un sector social o económico pequeño, pero con el tiempo cobraron peso y liderazgo, de modo que sus instituciones de protección social se extendieron a otros ámbitos de la sociedad medieval.

Otras manifestaciones caritativas de la Edad Media revistieron forma tutelar pseudo-familiares. Tal era el caso de los proahijamientos o adopciones de adultos pobres por parte de los individuos solventes, quienes les otorgaban protección a cambio de la titularidad de los bienes que eventualmente poseyeran y su sometimiento personal.

La Iglesia Católica de la Edad Media asumía la asistencia de los pobres

y otros necesitados. No se trataba sólo de que las entidades eclesiásticas realizaran una acción caritativa abundante, sino que esa era su obligación pública. De hecho, esto no solamente era objeto de asentimiento colectivo, sino que venía a estar formalmente ratificado por la existencia de un sistema de exenciones fiscales destinadas a financiar tal obligación, por lo que una parte importante de la recaudación por diezmos y primicias era aplicada por parroquias y obispados a su acción caritativa. Debido a ello, se puede decir que tal intervención social tenía un carácter público que incluía ayudas individuales y mantenimiento de servicios asilares (Casado, 1986).

Los poderes feudales, ostentados por reyes, nobles, jefes de la Iglesia y entidades regulares de la misma - órdenes religiosas y monasterios - también colaboraban en la cobertura de las necesidades sociales. El sistema feudal comportaba el deber de protección por parte de los señores hacia sus súbditos, colonos, siervos, etc. lo que incluía la atención de sus necesidades sociales en los casos graves. El cumplimiento -generalmente parcial- de esta obligación dará lugar a una línea de acción social que podría ser considerada en términos actuales como pública, formada tanto por las ayudas ofrecidas en los monasterios y palacios como por la fundación y mantenimiento de hospitales para pobres o enfermos desamparados, niños sin familia, peregrinos... El clérigo catalán del siglo XIV Francesc Eximenis, en una obra sobre política general, incluyó prescripciones relativas a la atención de los pobres, cuestión que tendría su desarrollo incipiente durante el período renacentista.

2.2.2. EL RENACIMIENTO.

A partir del siglo XVI las ciudades comenzaron a convertirse en lugar de cita de pobres y vagabundos, y en ellas tendieron a reunirse todos aquellos que se veían forzados a la mendicidad o a la delincuencia para subsistir o los que optaban por esta forma de vida más o menos voluntariamente (Tusell, Avilés, Martínez de Velasco *et al*, 1992). Frente a la mentalidad medieval, que aceptaba la existencia de pobres en la sociedad, pues permitía al cristiano

ejercer la caridad, comenzó a desarrollarse a partir del siglo XVI una nueva opinión que tendía a establecer diferencias entre los “vagos” -que podrían trabajar- y los “verdaderos pobres” -afectados por una mala cosecha, la enfermedad u otras causas-. La idea del derecho a la limosna fue sustituida poco a poco -con más rapidez y de una forma más tajante en los países protestantes que en los católicos- por la defensa del derecho a trabajar: en Inglaterra, en el siglo XIV, se prohibía dar limosna a los mendigos en condiciones de poder trabajar.

España, con sus 150.000 vagabundos en el paso del siglo XVI al XVII (Tusell, Avilés, Martínez de Velasco *et al*, 1992) fue uno de los países con mayor número de “mendigos y vagos” al amparo de la caridad privada o ejercida directamente por el clero. En ocasiones, la sociedad fue buscando diversas “aplicaciones” a los pobres que no trabajaban: a los “vagos” se les enrolaba en el ejército o en servicios forzados y, a los considerados “verdaderos pobres”, se les reconocía la función de estimular el sentimiento religioso, la caridad y de hacer posible su ejercicio a los ricos (Casado, 1990). En ocasiones se les intentaba apartar de la sociedad para que su presencia no molestara, concepción ésta de la que se derivaban comportamientos represivos y de una notoria dureza (Afán, Floriach y Tortosa, 1994; Foucault, 1982).

Un movimiento general que se dio en Europa Occidental desde la segunda mitad del siglo XVI fue el “encierro de pobres” (Santolaria, 2000), lógica evolución de las medidas urbanas de control y prohibición de la mendicidad ante un problema que, lejos de ser solucionado por la política de reforma de la beneficencia que vivieron las ciudades europeas a partir de 1520, continuaba agravándose a medida que avanzaba el siglo XVI. El continuo deterioro de las condiciones económicas del siglo XVI presentó el “encierro de pobres” como una solución verdaderamente adecuada a los ojos de la población: a) el encierro ofrecía respuesta inmediata a las necesidades básicas de techo y comida, un refugio físico donde acogerse; b) al encerrarlos se segregaba a los pobres del resto de la población, evitando el contagio y la propagación de enfermedades; c) el encierro daba respuesta al argumento

moral y religioso, dado que el espacio cerrado facilitaba la imposición de un orden que regulara su supuesta vida libertina e inmoral, generando hábitos de disciplina social; d) el encierro se convertía en la mejor corrección contra su vida ociosa al obligar a trabajar a todos los que fuesen útiles para ello.

En el contexto descrito, el canónigo Miguel de Giginta publica en 1579 su Tratado de Remedio de los Pobres (De Giginta, 1579/2000), proponiendo a las Cortes de Castilla una reforma del trato a los pobres que se convierte en un manifiesto en defensa de éstos. De Giginta propone la creación de nuevas “casas para pobres” basadas en la sencillez arquitectónica, la sencillez administrativa y la eliminación de “exámenes” de pobreza y vida, haciendo voluntario el ingreso y respetando la libertad personal de los usuarios para quedarse o marcharse.

Pero, en el siglo XVII, la caridad y sobre todo el control social configuraban la política de los centros dependientes tanto del Estado como de la Iglesia (Cáritas Española, 1997). Así, la *Santa y Real Hermandad de Nuestra Señora del Refugio y la Piedad* (1642) se autodefinía como:

“... la reunión voluntaria de las personas más caracterizadas de la ciudad, por su amor a los pobres y por su ardiente celo en proporcionarles abrigo y socorro en sus necesidades públicas y secretas” (Santa y Real Hermandad de Nuestra Señora del Refugio y la Piedad, 1642).

Por su parte, en la *Novísima Recopilación*, mandada formar por Carlos IV en 1775 se recogen diversas pragmáticas y decretos dictados desde antiguo por los monarcas españoles en los que se establecían durísimas penas para los vagabundos (García Valcárcel, 1984).

En 1778, Pedro Joaquín de Murcia, *Colector General de Expolios y Vacantes de los Mitras del Reino*, publica su *“Discurso político sobre la importancia y la necesidad de los hospicios, casas de expósitos y hospitales”*, en el que propugna la creación de centros asistenciales, defendiendo la responsabilidad pública -concretamente del Rey- en la asistencia a los pobres.

Una de las figuras más destacadas de la época fue Juan Luis Vives. Nacido en Valencia entorno al año 1492, Vives abordó la cuestión sociosanitaria en su tratado *De subventine pauperum* -Del socorro de los pobres-, escrito en Inglaterra por sugerencia del flamenco De Praet y dedicado a los burgomaestres y al senado de la ciudad de Brujas. Las prescripciones de este libro se refieren fundamentalmente a la intervención social pública y a la técnica de tratamiento de las situaciones de carencia. Vives señala la responsabilidad de las autoridades civiles en lo que concierne a la situación y la atención a lo pobres, propugnando al efecto declaraciones, registros e inspecciones tanto de los propios pobres como de las fundaciones y establecimientos afectos a ellos para evitar el fraude. A todo ello une una acción positiva en la ayuda a los pobres que incluye acciones asistenciales tradicionales y medidas de prevención -como la educación de los menores sin ambiente familiar normal- y rehabilitación e inserción profesional y social, lo que constituía una novedad. Vives proponía también ampliar la intervención pública, pero no como intervención sustitutoria, sino ordenadora y complementaria de las acciones privadas.

Las ideas intervencionistas de Vives crearon polémicas, entre las que destacó la mantenida entre Domingo de Soto y fray Juan de Robles con motivo de una nueva ordenación de atención a los pobres aprobada por el Consejo Real en 1540 y publicada en Medina del Campo en 1544, en virtud de la cual se establecían medidas de control y limitación de la mendicidad. Eran disposiciones fuertemente intervencionistas, especialmente en la faceta de control: examen y autorización previa a la mendicidad, exigencia de confesión para obtener la cédula acreditativa, limitación territorial de la actividad mendicante y promoción de la asistencia mediante hospitales.

Domingo de Soto (1556/1965) escribió la *Deliberación de la causa de los pobres*, donde se manifestaba contrario al nuevo ordenamiento, oponiéndose a toda limitación o control a la circulación y mendicidad de los pobres. Manifestaba comprensión y tolerancia para los pecados y vicios de los pobres, oponiéndose a la vinculación de las autorizaciones para mendigar con factores

morales o religiosos. Por su parte Juan de Robles defendía la competencia pública en el tema, manifestándose con rigor respecto a los pobres falsos y los impíos, y apuntando soluciones asistenciales para evitar la mendicidad.

Las iniciativas en la Edad Moderna irían más en la línea propugnada por Juan de Robles que en la dirección marcada por Domingo de Soto, de modo que fue creciendo el intervencionismo público de control y abundaron las iniciativas públicas y privadas en pro de la creación de instituciones. De hecho, algunas de ellas como los hospitales o las casas de misericordia permanecen en pie hoy día.

2.2.3. LA TRANSICIÓN DE LA BENEFICENCIA A LA ASISTENCIA PÚBLICA.

La Beneficencia vendría a sustituir a la Caridad, siguiendo la visión evolucionista de la intervención social propugnada por Casado (1994). En España se registraron las primeras intervenciones públicas de esta nueva institución durante el reinado de Carlos III (1759-1788).

Políticamente, la regulación decimonónica de la Beneficencia viene a formalizar la responsabilidad del Estado en sus distintos niveles territoriales, tanto en la ordenación de la intervención social acerca de los pobres como en una amplia acción pública directa. La beneficencia asume así al comienzo de la Edad Contemporánea las propuestas de convertirse en pública: no se suprime la acción privada, sino que se la reduce por la desamortización confiscadora de sus recursos, y se la subordina. La beneficencia sigue centrando la intervención social en los pobres, aunque prevee la atención en sus servicios a individuos con recursos necesitados de prestaciones rehabilitadoras -como los ciegos y sordos- arbitrando al efecto las fórmulas onerosas del pensionista y el mediopensionista (*Martín Barroso, Alba, Díaz et al, Alba, Díaz et al, 1985*).

La primera regulación de carácter general de la beneficencia se produjo mediante la Ley de 23 de enero -6 de febrero de 1822, durante el “trienio liberal”. Esta norma tuvo una vigencia intermitente y breve, siendo sustituida

por la Ley de Beneficencia, que se promulga el 20 de junio de 1849, bajo el reinado de Isabel II (1830/1904), la cual ha prolongado su vigencia de forma parcial hasta la actualidad.

Las regulaciones de la beneficencia asignaban a los distintos niveles territoriales del estado moderno amplias responsabilidades sociales, debido a lo que la acción voluntaria y la intervención cuasi pública de la Iglesia y aristocracia del antiguo régimen quedarían alteradas por la nueva institución social en relación con otros cambios: la destrucción de las bases financieras e institucionales en que se apoyaban las acciones voluntarias y obligadas en lo social de la Iglesia y sus entidades y la aristocracia. Así, se limitaron las facultades de los gremios, se desamortizaron los bienes de la Iglesia y de sus entidades y se desmontó el sistema señorial.

La Ley de Beneficencia de 1822 fue bastante radical, mientras que la de 1849 fue más contemporizadora, pero ambas colocaron la responsabilidad obligatoria de los órganos del Estado por encima de las que voluntariamente pudiera asumir la Iglesia y otras entidades e individuos.

La Ley de Beneficencia de 1849 y, más concretamente, su reglamento, aprobado por Real Decreto de 14 de mayo de 1852, establecía dos clases de centros: públicos y particulares (Afán, Floriach y Tortosa, 1994; Casado, 1990).

La beneficencia institucionaliza prestaciones sanitarias, sociales y algunas educativas, territorializando sus servicios en función de los tres niveles de la organización espacial del Estado. En el Real Decreto que reglamentó la Ley de 1849 aparecen especificaciones a este aspecto. En el plano municipal se sitúan las atenciones domiciliarias, la asistencia en “*casas de refugio y hospitalidad pasajera*” y la conducción de los pobres a establecimientos provinciales o generales -estatales, en la terminología actual- cuando procediere (Art. 4º). Se asignó a las provincias la obligación de mantener establecimientos asilares de carácter general: “*Hospitales de enfermos, Casas de Misericordia, las de Maternidad y Expósitos, las de Huérfanos y*

Desamparados” (Art.3º). En el nivel estatal se ubican los centros auxiliares de carácter especializado: *“Establecimientos de locos, sordomudos, ciegos, impedidos y decrepitos”* (Art. 2º) (Martín Barroso, Alba, Díaz et al, Alba, Díaz et al, 1985).

Aparte del cauce de la beneficencia particular, la acción caritativa encontraba en esta regulación otras vías de desarrollo. Las autoridades eclesiásticas formaban parte de las juntas generales, provinciales y municipales; los curas párrocos presidían las juntas parroquiales de socorros domiciliarios y se previeron “juntas de señoras” para cuidar las casas de expósitos. Se propugnaba que *“se promuevan y utilicen los servicios de toda asociación de caridad...”*.

La normativa de la Ley de Beneficencia fue un importante compromiso de intervención pública: creó una red completa de órganos responsables de su aplicación, estableció un cuadro amplio de atenciones asistenciales y obligó a los poderes públicos en términos concretos al mantenimiento de una serie de prestaciones y servicios (Afán, Floriach y Tortosa, 1994; Casado, 1990). En este aspecto, la reglamentación de la beneficencia pública siguió la técnica de fijar un cuadro obligatorio de establecimientos de ámbito general y provincial. Los de ámbito general, por ejemplo, eran:

“...seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y dieciocho de decrepitos, imposibilitados e impedidos”.

Esta normativa de beneficencia se desarrolló y aplicó con rapidez. La beneficencia, tanto pública como privadamente, jugó un papel importante, siendo objeto de numerosas adaptaciones a nuevas circunstancias.

El concepto de Asistencia Social supone la superación de la beneficencia según la línea evolutiva anteriormente señalada (Casado, 1990). Durante la Segunda República (1931-1939), período durante el cual se intentó dar un impulso a la protección de las clases más desfavorecidas, se producen normas del Gobierno Central y de la Mancomunidad de Cataluña en las que

aparece el término “Asistencia Social”, término utilizado con varios significados pero que en ningún caso implica la creación de una institución jurídico-política nueva. Posteriormente, durante el régimen del General Franco (1939/1975), vuelve a retomarse este término para varias instituciones.

2.2.4. LA POBREZA OBRERA Y LA SEGURIDAD SOCIAL.

Las revoluciones liberales inauguraron una nueva sociedad de clases abiertas para ciudadanos formalmente iguales. En ellas, la beneficencia debía ser el medio de sostener a los sujetos carentes de la ayuda mutua, insolventes ante el mercado y privados del recurso de la acción caritativa. Sin embargo, la revolución protagonizada por el capitalismo industrial vendría a desbordar el sistema liberal de atención a las necesidades humanas y el abuso laboral de los capitalistas y las recesiones cíclicas inundaron de pobreza las ciudades del mundo avanzado. El problema planteado desbordaba la solidaridad de las familias, no era reconducible al mercado, no era atajable por la acción caritativa y no podía reducirse a una suma de casos atendibles por las instituciones benéficas públicas (Casado, 1976).

Durante el período coetáneo a la “Revolución Industrial” y los años siguientes, en España -donde no se produce un fenómeno equiparable- persistían las tendencias anteriormente apuntadas: represión de la pobreza -los vagabundos eran enrolados en el ejército o la marina-, reducción de la mendicidad pública, aislamiento de los pobres en centros asistenciales e incorporación a la competencia pública de la asistencia a los necesitados (Álvarez Uría, 1983; Casado 1990).

En la segunda mitad del siglo XIX, la “cuestión social” comienza a convertirse en “el problema social”, al hacerse más visible la pobreza de la clase obrera. A principios del presente siglo, Sales y Ferre (1911), un especialista en el tema de la pobreza, propone una tipología que junto con cuatro tipos tradicionales de pobreza decimonónicas incluye uno que corresponde a los trabajadores desempleados:

- *Válidos sin trabajo: braceros que no encuentran ocupación... y obreros que son despedidos cuando la producción se paraliza.*
- *Semiválidos: incapaces de soportar las largas jornadas... aptos únicamente para faenas ligeras que no siempre encuentran.*
- *Vagabundos: los que pueden y no quieren trabajar y que hacen de la caridad una explotación inicua.*
- *Vergonzantes: caídos en la pobreza por causa de enfermedad, incendio y otras calamidades.*
- *Inválidos: que no pueden ayudarse y a los que la sociedad está obligada a cuidar y mantener. Comprende cinco grupos: niños, ancianos, impedidos, anormales mentales y enfermos.*

La pobreza obrera derivada de la explotación capitalista del trabajo fue la raíz del movimiento socialista, en el seno del cual su corriente menos beligerante generó diversas reformas dentro de la propia sociedad liberal capitalista en respuesta a fuertes demandas estructurales. Paralelamente a ello, en el seno de las empresas, la acción social empresarial dio lugar a las más diversas realizaciones. El mutualismo gremial inspiró el mutualismo patronal, el cual aún puede verse en la función de aseguramiento del riesgo de accidentes y enfermedades profesionales (UNESPA, 1981).

La reacción de los poderes públicos españoles ante los problemas específicos generados por la sociedad industrial capitalista puede simbolizarse por la creación, en 1883, de una *“Comisión para el estudio de las cuestiones que directamente interesan a la mejora y bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales, y que afectan a las relaciones entre capital y trabajo”*. Este órgano, reestructurado en 1890, pasó a denominarse *“Comisión de Reformas Sociales”*. Mediante estos organismos se realizaron amplias encuestas e informes sociales y se prepararon las primeras normas laborales. También se promovió la institución de protección social típica de la sociedad capitalista, que ahora llamamos Seguridad Social y que tuvo su origen en el Instituto Nacional de Previsión, creado por la Ley de 27 de febrero de 1908.

No parece propio calificar a la Seguridad Social como sucesora evolutiva de la Asistencia Social, pues la Asistencia Social no llegó a tener en España una identidad institucional precisa y diferenciada y no precedió en el tiempo a la

Seguridad Social. La Seguridad Social, en sus modalidades más elementales, es decir, la Previsión y los Seguros Sociales de tipo contributivo, no era otra cosa sino una ayuda mutua profesional de carácter obligatorio. Ahora bien, como esta obligación era consecuencia de la intervención del Estado, se puede clasificar a la Seguridad Social como un producto de una modalidad de intervención pública.

2.2.5. LOS SERVICIOS SOCIALES DURANTE EL RÉGIMEN DE FRANCO.

Durante la vigencia del régimen del General Franco (1939-1975), se fue desarrollando una maraña de servicios implantados desde diferentes ámbitos. Por ello, y con la finalidad de facilitar el desarrollo del epígrafe, se realizará una distinción entre sectores privado y público.

2.2.5.1. El sector privado.

Durante el franquismo, la oferta de servicios sociales de régimen comercial conoció un desarrollo moderado, pues la modernización social y el crecimiento económico de la segunda mitad de la dictadura favorecieron la aparición de servicios rentables de guardería infantil y de residencias de ancianos. Surgió también en esta época un mutualismo patronal relativo a enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, con una cobertura de estos riesgos fundamentalmente sanitaria y económica, donde se incluían algunos elementos de recuperación profesional y reinserción laboral que rozaban el campo de acción de los servicios sociales (Casado, 1990; UNESPA; 1981).

El franquismo heredó normas y organizaciones que regulaban y aseguraban ante el riesgo de accidentes de trabajo por cuenta de las empresas, aseguramiento mediante mutualidades profesionales o compañías de seguros. La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 vendrá a suprimir la intervención mercantil en este campo.

En el inicio de la etapa franquista se creó la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) que tuvo su origen en un Decreto, de 13 de diciembre de 1938, promulgado en la “zona nacional”, constituyéndose como una entidad de carácter gremial y objeto básicamente económico. Más tarde, el 29 de noviembre de 1958 se constituyó la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (ANIC) que pretendía reproducir la fórmula de la ONCE pero que no tuvo igual éxito. Con un origen privado nació en 1959 el Movimiento Asociativo de Padres de Niños Subnormales, que se extendió de tal forma que al final del franquismo todo el territorio nacional aparecía cubierto de asociaciones provinciales, comarcales o locales de dicho movimiento que, además de sensibilizar a las administraciones, crearon servicios sociales propios. Lamentablemente, dadas las trabas puestas por el régimen al asociacionismo, las asociaciones de este tipo resultaban poco comunes.

Tras la posguerra continuó existiendo un importantísimo complejo de actividades caritativas y filantrópicas, entre las que destacaban los “Servicios de socorros varios para pobres estables y transeúntes” -albergues, comedores- o los centros de privados de asilamiento infantil, los servicios para deficientes mentales y asimilados, las residencias para ancianos... La mayor parte de la oferta era mantenida por distintas entidades de la Iglesia Católica. También existían numerosas fundaciones benéfico-asistenciales, junto a las que se encontraban las Cajas de Ahorro que mantenían algunas obras sociales y la Cruz Roja Española, entidad privada con una muy especial tutela del estado.

La intervención social tenía una estructura autoritaria, tanto por razón de su gratuidad como porque suponía una relación social vertical. Los servicios sociales privados y gratuitos eran mantenidos y gestionados por instituciones en su mayoría favorables al régimen. La acción caritativa y filantrópica de comienzos del franquismo respondía al modelo asistencial más tradicional, centrando su objeto casi exclusivo en las necesidades materiales. Su finalidad era la asistencia, con escaso margen para la rehabilitación y la prevención, y las técnicas empleadas no aprovechaban los avances de las ciencias sociales. La relación con los beneficiarios era de signo autoritario en el sentido amplio de

este término: disciplina severa, ideologización y paternalismo.

2.2.5.2 Sector público.

El régimen de Franco heredó las instituciones tradicionales de protección social pública, siendo éstas objeto de reformas, complementaciones y repeticiones. Por lo que respecta a la acción benéfica, cabe señalar que las necesidades sociales generadas por la Guerra Civil dieron lugar, en el bando republicano, al “Socorro Rojo” y en el bando franquista al “Auxilio de Invierno”, regulado este último por orden del Ministerio de la Gobernación de 2 de febrero de 1937. El “Auxilio de Invierno”, en principio estacional, se estabiliza progresivamente convirtiéndose en el “Auxilio Social” y al final de la contienda se consolida mediante el Decreto 17 de mayo de 1940, quedando integrada como obra de Falange Española, Tradicionalista (FET) y de las JONS y correspondiendo su tutela al Ministerio de la Gobernación. Posteriormente la obra de “Auxilio Social” se transforma en organismo autónomo, con el nombre de INAS (Instituto Nacional de Asistencia Social) por decreto de 5 de abril de 1974.

También durante la Guerra Civil, por orden del Ministerio de Gobernación de 21 de enero de 1939, se regulan en el sector franquista las subvenciones del Fondo Benéfico Social, instrumento de financiación de la Beneficencia en sus diferentes modalidades. Posteriormente, por Decreto de 15 de diciembre de 1940 se establece el régimen general de esta institución, con el nombre de Fondo de Protección Benéfico-Social, antecedente del Fondo Nacional de Asistencia Social. Con la Ley de 21 de julio de 1960 se crean los Fondos Nacionales para la aplicación Social de Impuestos y el Ahorro - instrumentos financieros de aplicación social que se instrumentan mediante planes anuales de subvenciones a personas físicas y entidades- si bien se trataban más de prestaciones económicas que de servicios sociales propiamente dichos.

La creación de la Seguridad Social inicia su camino con la puesta en

marcha del Instituto Nacional de Previsión, creado en 1908, el cual, con la Ley de Bases del 28 de diciembre de 1963, amplía notablemente su cuadro de prestaciones y el colectivo de beneficiarios. Su primer texto articulado se aprueba por Decreto de 21 de abril de 1966, siendo la Ley de Seguridad Social vigente un texto refundido de varias disposiciones, que se aprobó por Decreto de 30 de mayo de 1974. La cobertura de la norma se estructura en dos modalidades de protección: una básica, que incluye las prestaciones económicas y sanitarias correspondientes a los riesgos clásicos y las de protección a la familia; y otra complementaria, que abarca los Servicios Sociales de la Seguridad Social. La Seguridad Social tuvo un gran desarrollo durante los últimos años de franquismo, tanto por la bonanza económica como por la evidente inclinación populista del régimen por las “obras sociales”.

Durante el régimen franquista se pusieron en marcha acciones sociales públicas exteriores a la Beneficencia y a la Seguridad Social tales como la Obra de Protección de Menores, el Patronato de Protección a la Mujer, el Patronato Nacional del Presos y Penados, el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos, el Fondo Nacional para el Fomento de Principio de Igualdad de Oportunidades, el Servicio Escolar de Alimentación, el Servicio de Extensión Agraria o el Programa Nacional de Promoción Profesional Obrera. Junto a esto se encontraban las obras sociales del Movimiento Nacional -Frente de Juventudes, Sección Femenina de FET y de las JONS, Hogares rurales, etc.- o las obras sociales sindicales.

2.2.5.3. La aparición de incipientes especializaciones.

Durante el régimen de Franco se mantuvieron y crearon servicios autoritarios y asistencialistas -como los de protección a las mujeres- a la vez que se adoptaron líneas de actuación de estilo socialdemócrata -como los servicios sociales de la Seguridad Social-. Igualmente, durante el régimen franquista, se facilitó la recuperación de posiciones perdidas por la Iglesia Católica, se propició la acción empresarial, se dio entrada al Movimiento Nacional y la organización Sindical, irrumpió la Seguridad Social en el frente de

los servicios sociales y el Estado mantuvo una intervención creciente.

En lo referente a los destinatarios de los servicios se observó, a lo largo del régimen franquista una gran pluralidad: la Beneficencia y el Auxilio Social se ofertaban a los pobres, los servicios de la Seguridad Social fueron privativos de los afiliados, los servicios de empresa quedaron reservados a sus trabajadores y a los familiares de éstos.

En relación al orden técnico se produjo una eclosión de especialidades. Sólo la beneficencia de algunos municipios de cierta entidad y Cáritas mantuvieron redes de servicios relativamente polivalentes, en tanto que el principal esfuerzo en la rama de los servicios sociales se concentraba en mantener y crear redes y/o centros destinados a categorías de personas con necesidades específicas -niños sin protección, niños subnormales, personas ciegas, inválidos civiles, ancianos, gitanos, madres solteras, mujeres campesinas, familiares de reclusos...-.

2.2.6. LOS SERVICIO SOCIALES EN LA TRANSICIÓN.

Durante la transición a la democracia se creó en el Ministerio de Trabajo -Real Decreto de 15 de abril de 1977- la Dirección General de Asistencia Social y Servicios Sociales, donde se agrupaban las competencias del Ministerio de la Gobernación en materia de Beneficencia y Asistencia Social con las del Ministerio de Trabajo en materia de Servicios Sociales de la Seguridad Social. Ésta fue una operación de mera reforma organizativa que en realidad no afectó a la regulación jurídica de las instituciones de protección social (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1977).

La supresión del Movimiento Nacional y de la Organización Sindical franquista despolitizaron una parte de la protección social del país. Las funciones y órganos de intervención social del Movimiento fueron transferidos a la Administración Pública (Real Decreto Ley de 1 de abril de 1977), del mismo modo que las obras asistenciales de la organización Sindical -Real Decreto-ley

de 3 de octubre de 1976- se integraron en la Administración Institucional de Servicios Socio-profesionales y las funciones y servicios de las viejas obras sindicales se integraron en diversos ministerios -Real Decreto de 14 de abril de 1978-. En estas operaciones se aplicó con rigor un criterio de supresión de las administraciones paraestatales de la época franquista.

El Real Decreto-ley de 16 de noviembre de 1978 reformó la estructura de la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Por esta norma, la Seguridad Social retuvo los servicios para la Tercera Edad y Minusválidos que se integraron en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) y se creó el nuevo Servicio Social de Medicina Preventiva. Los restantes servicios sociales de la Seguridad Social -Servicio de Universidades Laborales, Servicio de Empleo y Acción Formativa y Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo- pasaron a la Administración del Estado. Esta operación de estabilización de servicios sociales supuso la reconversión de los mismos a la condición de servicios públicos de carácter general, al adquirir las notas de universalidad de ámbito personal y de financiación fiscal. La operación había sido recomendada en el *Libro Blanco de la Seguridad Social* y acordada en los pactos de la Moncloa del año 1977, siendo las razones de fondo de su lentitud en la eficacia las dificultades financieras de la Seguridad Social y la pesadez de sus cargas.

2.2.5.4. Los servicios sociales a partir de la Constitución Española de 1978.

La Constitución Española de 1978 no regula expresamente los servicios sociales y tan sólo los menciona de forma incidental. De hecho, el término Beneficencia no aparece en el texto, no porque se aboliese la institución benéfica sino que únicamente se eludía su mención.

El término "Asistencia Social" aparece en el artículo 148.1.20 de la Constitución Española, identificándose con ese término una materia en que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias exclusivas. La

asistencia social comprende: a) actividades sociales -no sanitarias o educativas- de la beneficencia que no tienen otro lugar constitucional donde ubicarse; b) instituciones y servicios que antes de la constitución se identificaban con la etiqueta asistencial -Fondo Nacional de Asistencia Social, Instituto Nacional de Asistencia Social- y c) instituciones y programas de servicios sociales personales, que tampoco tienen un lugar mejor en la Constitución.

La Constitución Española plantea un problema en cuanto al reparto de competencias: en el artículo 149.1.17 se reserva al poder central del Estado la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, lo que constituye una excepción a la posibilidad de competencia exclusiva, por parte de las Comunidades Autónomas, en materia de asistencia social en general. En este sentido, la Constitución en su artículo 41 señala:

“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes para situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. Las asistencias y prestaciones complementarias serán libres”.

Con este artículo parecía pretender conseguirse, por un lado, un nivel básico de cobertura económica, de servicios sanitarios y de servicios sociales, con financiación fiscal y *“para todos los ciudadanos”*. Por otro lado, un nivel profesional adicional o complementario con financiación contributiva para los trabajadores. Y, finalmente, un nivel de *“asistencia y prestaciones complementarias”* de carácter libre, pudiendo incluir los de régimen privado.

En lo que se refiere a las Comunidades Autónomas puede señalarse que, si bien se constituyeron por varias vías según lo previsto en la Constitución, ello no redundó en diferentes capacidades para la transferencia de competencias en materia de Seguridad Social.

2.2.5.5. Ley de bases de régimen social.

El título VIII de la Constitución Española trata “*De la Organización Territorial del Estado*” y comprende 22 artículos. Los tres primeros son disposiciones de carácter general y los otros 19 se distribuyen de la siguiente forma: tres tratan de la Organización Local y 16 regulan las Comunidades Autónomas. Así, la Constitución Española dice poco sobre cual debe ser el papel de la Administración Local -municipios y provincias-, mientras que el pensamiento más renovador en materia de servicios sociales viene postulando la mayor vinculación de los mismos al nivel local, especialmente a los Ayuntamientos.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local en cuanto a servicios sociales establece lo siguiente:

“Artículo 25.

a).- El municipio, para la gestión de sus intereses, y en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal.

b).- El municipio ejercerá, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades autónomas en las siguientes maneras:

.....

k).- Prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social.

.....

“Artículo 26.

a). Los municipios, por sí o asociados, deberán prestar, en todo caso, los siguientes servicios:

.....

c). En los municipios con población superior a 20.000 habitantes: Protección civil, prestación de servicios sociales, prevención y extinción de incendios, instalaciones deportivas de uso público y matadero.

.....

Así parece que la universalidad del artículo 25 es acotado por el 26. En todo caso, sólo tendrían obligación legal de prestar servicios sociales los

municipios superiores a 20.000 habitantes, sin especificar qué clase de servicios deben prestarse.

La Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local no contiene ningún precepto expreso sobre la acción provincial en servicios sociales, pero podría fundarse ésta en ciertas disposiciones generales, como la siguiente:

“Artículo 36:

a) Son competencias propias de la Diputación las que le atribuyan, en este concepto, las Leyes del Estado y de las Comunidades Autónomas en los diferentes sectores de la acción pública y, en todo caso:

.....

c) La prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal”.

La Constitución otorga a las Comunidades Autónomas competencias exclusivas en asistencia social, entendiéndose que incluye los servicios sociales, teniendo capacidad jurídica para concretar el régimen local de los servicios sociales en sus respectivos territorios. De hecho, todas las Comunidades Autónomas han promulgado leyes de acción social y/o servicios sociales en las que existe un principio de responsabilidad pública. En función de este principio la Comunidad Autónoma garantiza a su población el derecho a los servicios sociales.

2.3. EL ESTADO DEL BIENESTAR.

El Estado de Bienestar (*Welfare State*), consolidado después de la Segunda Guerra Mundial, tiene su principal sustento en las ideas y políticas keynesianas de intervención estatal en la economía con objeto de estabilizarla, regulando el ciclo y redistribuyendo la renta (González y Torres, 1992, Keynes, 1936). Su origen hay que buscarlo en el “*crack bursatil*” de 1929 y en la crisis económica que le sucedió, que pusieron en evidencia las limitaciones de funcionamiento del sistema. Los fallos del mercado debían ser corregidos con la intervención del Estado en la asignación de recursos por medio de políticas

macroeconómicas de manejo fundamentalmente de la demanda agregada. El término *Welfare State* o Estado del Bienestar surgió durante la Segunda Guerra Mundial como una consigna que los aliados anglosajones contraponían al *Warfare State* o Estado Guerrero de la Alemania Nazi (Tussell, Avilés, Martínez de Velasco *et al*, 1992). Se trata de un estado que interviene en la vida económica, respetando la propiedad privada, pero modificando el libre juego de las fuerzas económicas, para garantizar los ingresos de los particulares, reducir la inseguridad colectiva y poner a disposición de todos una gama lo más completa posible de servicios sociales.

Sin embargo, la evidencia en las últimas décadas demuestra que también existen fallos en el Estado cuando éste asigna recursos, y que él mismo ha encontrado muchas dificultades para alcanzar los dos principales objetivos del Estado de Bienestar: la redistribución de la renta y la eliminación de los ciclos económicos con sus perniciosas consecuencias. De ahí parten la mayoría de las críticas a su intervención y en consecuencia al Estado de Bienestar (Taylor-Gooby, 1996).

Posiblemente, el logro histórico más importante alcanzado por el Estado de Bienestar haya sido la institucionalización de los llamados derechos sociales, es decir, el derecho de todo ciudadano, por el hecho de serlo, a recibir del Estado unas prestaciones monetarias -pensiones, subsidios o ayudas- en determinadas circunstancias, y un conjunto de servicios sociales, de entre los que destacan los educativos y sanitarios y también cada vez más los medioambientales, culturales y de ocio. Los logros más evidentes del Estado de Bienestar han sido la implantación de un sistema universal de seguridad y protección social y de otro de garantía de recursos para quienes tienen dificultades de inserción o de mantenimiento en el proceso productivo, y en la provisión, también universal, de un conjunto de servicios y equipamientos colectivos para la salud y para la obtención de unos niveles educativos mínimos.

2.3.1. LOS SERVICIOS SOCIALES EUROPEOS.

De igual forma que se habla de “demanda social”, puede hablarse de “oferta social”, o sea, de las respuestas que en una sociedad se ofrecen para la cobertura de las carencias humanas mediatizadas por las fuerzas sociales (Casado, 1985). Esta “oferta social” se canaliza en buena medida en las sociedades actuales a través de los llamados “Servicios Sociales”

A nivel internacional la expresión “Servicios Sociales” parece utilizarse, al menos, con tres significados diferentes (Rubiol, 1984):

1. *Para designar un amplio conjunto de actividades y prestaciones que comprenden sanidad, vivienda, promoción de empleo y servicios sociales en sentido específico.*
2. *Con un significado que abarca un conjunto de servicios menos amplio que el anterior, es decir, los servicios sociales en sentido específico. Los términos “Social Services”, en el Reino Unido, y “Servizi Sociali”, en Italia, son ejemplos del doble significado con que puede ser utilizada la expresión equivalente a “Servicios Sociales”.*
3. *Con un significado equivalente a “actividad llevada a cabo por los profesionales asistentes sociales”, significado utilizado por algunos países latinoamericanos y Francia.*

La Carta Social Europea, aprobada por el Consejo de Europa en 1961, en su artículo 14, señala que los servicios sociales son:

“servicios que, utilizando métodos de trabajo social, contribuyen al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad y a su adaptación al entorno-social”

Una definición más reciente del Consejo de Europa, en 1980, define los servicios sociales como:

“...todos los organismos que tienen por misión aportar una ayuda y una asistencia personal a individuos, a grupos y a comunidades al objeto de facilitarles la integración en la comunidad; se excluye los servicios que se ocupan únicamente de asegurar cierto nivel de vida por medio de la atribución de prestaciones en dinero o especie”

Después de estudiar los servicios sociales en diferentes países europeos, Kahn y Kamermam (1987) resumieron sus objetivos generales en los

siguientes: a) facilitar la información sobre otros servicios y su acceso a ellos; b) proporcionar orientación, consejo y/o ayuda a individuos o grupos en sus problemas o crisis; c) contribuir, junto a otros servicios, al desarrollo personal y social de amplios sectores de la población; d) estimular programas de ayuda mutua, autoayuda y actividades dirigidas a la prevención y superación de los problemas de la comunidad; e) asegurar a grupos específicos -ancianos, disminuidos, niños privados de ambiente familiar- la atención social necesaria; f) supervisar a personas que pueden perjudicarse a sí mismas y a otras.

Por su parte, en Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Italia, Países Bajos y Suecia, los servicios de atención primaria ofrecen un paquete común de actividades (Rubiol, 1984): a) información y orientación general sobre recursos y sobre derechos sociales; b) coordinación de grupo y programas de voluntariado; c) atención a los ancianos; d) ayuda a domicilio -directamente o estableciendo conciertos con otras entidades-; e) diferentes modalidades de atención a la familia; f) algunas formas de ayuda a los discapacitados; g) ayuda a personas o grupos marginados -no siempre designados con este término-; h) programas de asistencia económica -excepto en Gran Bretaña-.

En los estados europeos, los servicios sociales parecen presentar fundamentalmente las siguientes tendencias:

- Tendencia a la descentralización y regionalización de los servicios: las tendencias descentralizadoras aparecen en prácticamente toda Europa - Dinamarca, Finlandia, Italia, Países Bajos, Noruega, Suecia y, bajo proyecto, en España-.
- Tendencias a la integración de los diferentes servicios: aparece sobre todo en aquellos países en que el avance hacia la descentralización es menos marcado. La coordinación más estrecha de los servicios conlleva, a menudo, la creación de edificios comunes que albergan todos los servicios -centros pluridisciplinales- como es el caso de Austria, Alemania o Noruega.
- Tendencia al refuerzo de coordinación entre los sectores público y privado, distinguiendo dos ejes principales:
 - a) Tendencia a intentar liberar la intervención social de la burocracia y a

fomentar la participación directa del individuo en los servicios y a encontrar fórmulas apropiadas de cooperación con los organismos privados.

- b) Tendencia a la integración de los sectores público y privado que deje más sitio a la autonomía de los organismos privados, así como al desarrollo de una cooperación más estrecha entre los organismos privados para evitar problemas de bloqueo.
- Tendencia a descartar un enfoque asistencial de los servicios sociales para adoptar una óptica en la que predomina el elemento preventivo: es ésta una tendencia bastante extendida, ligada a la descentralización administrativa.
- Tendencia al desarrollo de la ayuda mutua: es otra tendencia también generalizada. La ausencia o la insuficiencia de los servicios ha propiciado el interés por los movimientos de ayuda mutua, movimientos que traducen a menudo la demanda creciente de los propios ciudadanos, deseosos de una mayor autonomía y de no delegar en otros sus responsabilidades fundamentales en lo que concierne a su propia salud y bienestar.

2.3.1.1. Las políticas de rentas mínimas en la Unión Europea.

Resulta complejo comparar los distintos tipos de sistemas generales de rentas mínimas en los países de la Unión Europea (UE), ya que cada esquema se ha planteado en cada país para atender a diferentes objetivos. No sólo existen diferencias en el volumen y naturaleza de las necesidades, sino también en el sistema general de protección social -cobertura, estructura, grado de descentralización, etc.- y en la relevancia de los mecanismos primarios de mantenimiento de rentas (Aguilar, Laparra y Gaviria, 1994).

El incremento en la década de los 80 en la tasa de desempleo de la mayor parte de los países llevó a la ruptura del consenso implícito entre los actores sociales, característicos de las fases económicas expansivas. A partir de esta ruptura se pasó a contemplar el desempleo más como un problema estrictamente económico y de control social que como un problema de vertebración social, lo que llevó a relegar los esfuerzos de lucha contra el

desempleo, superados por el predominio de políticas monetarias restrictivas de lucha contra la inflación.

La insuficiencia de ingresos de aproximadamente la sexta parte de la población de la Unión Europea constituye una fuente de presión sobre los programas de rentas mínimas. Al arraigo de paro estructural hay que añadir los efectos negativos sobre la suficiencia de ingresos que ha ejercido la precarización de la relación laboral, hasta el punto de que uno de cada diez ocupados en Francia o el Reino Unido no encuentra en el ejercicio activo del trabajo la suficiente garantía de ingresos (Aguilar, Laparra y Gaviria, 1994).

Aunque los programas asistenciales son relativamente recientes, la aparición de garantías de ingresos mínimos se remonta en algunos casos hasta el primer tercio del siglo, como es el caso de los sistemas danés y británico. Posteriores en el tiempo son las rentas mínimas alemana y holandesa. Especialmente relevante es el caso británico inaugurando en su tiempo con la inclusión de medidas asistenciales en el sistema de protección social un nuevo modelo de naturaleza universal destinado al mantenimiento de un nivel de vida mínimo para todos los ciudadanos, siendo una protección social muy centralizada y de escasa diversificación. La renta mínima alemana sirve de complemento a un modelo de marcada orientación profesional. Su notable carácter descentralizado -financiación exclusivamente territorial y determinación de las cuantías en cada estado- la diferencian del modelo británico. La ayuda social holandesa se caracteriza por marcarse el objetivo de equivalencia de rentas entre los asistidos y los trabajadores en activo. En 1977 se pone en funcionamiento el modelo irlandés, ya influenciado por la crisis económica, muy similar al modelo británico. Desde 1973 existía el modelo belga, con un grado elevado de descentralización en la gestión y con un carácter marcadamente residual, destinándose únicamente a las situaciones de pobreza más severa. El problema de estos sistemas radica en que la mayoría fueron concebidos como solución parcial de emergencia y con vocación de desaparición con el restablecimiento de condiciones económicas normales, lo que justifica su fracaso en lo referente a la inserción.

A partir de los años ochenta los esquemas puestos en marcha ponen su objetivo en la vinculación entre asistencia e inserción, como es el caso luxemburgués o francés. En este último caso se pasó de una experiencia de rentas mínimas de ámbito local a un sistema nacional vertebrador de estas acciones. A medio camino en este sentido quedaron los sistemas italiano y español.

Todos los sistemas europeos presentan en común el carácter complementario y diferencial de la prestación. Todos presentan el carácter diferencial hasta cubrir un nivel mínimo de ingresos previamente especificados en los objetivos de los programas. Se dan variaciones entre países al considerar los ingresos que sirven como base del cálculo. Estas prestaciones no resultan universales, pese a pretender serlo: factores como nacionalidad o residencia, disponibilidad para el trabajo o edad restringen el acceso a estas prestaciones.

En toda Europa el número de beneficiarios del programa presenta una tendencia ascendente, aunque se aprecian grandes diferencias entre países, suponiendo un porcentaje relativamente importante en países tales como Reino Unido, Holanda, Alemania o Dinamarca, siendo mucho menor en países como Francia, Bélgica o Luxemburgo, dado el carácter eminentemente residual de los programas generales de rentas mínimas (Ayala, 1994).

Pese al creciente recurso a los programas de rentas mínimas en la Unión Europea, no han disminuido las restricciones presentes en este tipo de esquemas. Existen dificultades externas a los programas, como las tensiones financieras impuestas por las dificultades para mantener en equilibrio las cuentas públicas, el mercado de trabajo con dificultades en la vinculación de los programas de rentas mínimas y el acceso al empleo. Pero también hay dificultades internas, dado que el efecto estigmatizador de los programas de rentas mínimas provoca su ineficacia al no atender las situaciones de inseguridad económica más extrema. Junto a los obstáculos financieros propios de políticas más liberales, uno de los principales problemas de estos

programas radica en que su propio carácter diferencial: no todas las personas con ingresos inferiores al mínimo reciben prestación dados los complejos procesos administrativos para la comprobación de los recursos.

En lo referentes al futuro de los programas de rentas mínimas cabe señalar que las insuficiencias de los sistemas europeos ha conducido a los programas a una encrucijada en la que sobresalen dos caminos divergentes: una mayor selectividad o universalidad. En la medida en que las restricciones económicas orienten la toma de decisiones políticas en uno u otro sentido, cabrá hablar de una reorientación de los sistemas hacia la cobertura de las situaciones de extrema necesidad sin incidir sobre las fuerzas reproductoras de la pobreza o exclusión o de un firme compromiso hacia el pleno reconocimiento de los derechos sociales.

2.3.2. SERVICIOS SOCIALES EN EL ESTADO ESPAÑOL.

2.3.2.1. Consideraciones generales sobre los servicios sociales españoles.

El término “Servicios Sociales” en España se utiliza generalmente con diferentes acepciones:

- a) En un sentido amplio (y en ocasiones un tanto vago e indefinido) el conjunto de actividades relacionadas con la sanidad, seguridad social, educación, quizás los servicios sociales especializados, etc. Algunas veces se utiliza con un significado equivalente a designar todas las manifestaciones o actividades para llevar a cabo la práctica social.
- b) Un conjunto de prestaciones técnicas que tienen alguna de las siguientes finalidades: prevenir o eliminar las situaciones de marginación social, atender a las necesidades específicas de determinados grupos -infancia, ancianos, disminuidos, marginados...-, facilitar la adaptación recíproca de la persona y del medio social, elevar la calidad de vida y promover el bienestar individual y colectivo.

Señala el Consejo Económico y Social (1997) que los servicios sociales públicos en España desempeñan una función decisiva en la garantía de un mínimo nivel de protección social de la población. Teóricamente, son tres las funciones que deben realizar para la cobertura de esos mínimos: la prevención de situaciones carenciales o conflictivas, la rehabilitación o promoción de personas o grupos en desventaja frente al resto de la sociedad y los cuidados de alivio o mantenimiento. La garantía del cumplimiento de estos derechos sociales la asumen las Administraciones Públicas, configurando así un sistema público donde converge la acción de la Administración Central, la Seguridad Social, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

Políticamente, si bien la mayor parte de los partidos apuestan en sus programas electorales por una alternativa de oferta social proteccionista-reformista, se observa una importante disociación entre lo que se hace y lo que se dice, predominando lo asistencial de forma abrumadora sobre el resto de los objetivos. El deseado progreso de la rehabilitación en nuestro país choca con muchas dificultades, entre las que puede destacarse la presencia de actitudes paternalistas (Casado, 1994), perpetuando y reforzando la inicial incapacidad de los asistidos.

De una forma resumida, podría decirse que los servicios sociales españoles: a) tienen como objeto material cubrir las necesidades insatisfechas y b) consisten en respuesta técnicas orientadas a prevenir tales carencias, a rehabilitar a los sujetos carenciados o a la acción asistencial de cobertura o apoyo.

Si bien se ha proclamado en los últimos tiempos la idea de poner los servicios sociales a contribución del ideal de justicia social, los documentos técnicos y jurídicos indicativos de lo que se va haciendo no parecen pasar de un intervencionismo reformista. De forma similar, en cuanto a los objetivos, se privilegia la prevención en ciertas manifestaciones programáticas sin que ello se vea ratificado en programas o normas aplicables.

Por lo que concierne a la asignación de responsabilidades, dominó tras la transición la idea socialdemócrata de concentrarlas en los poderes públicos, si bien en un régimen de descentralización territorial. Posteriormente ha ido incrementándose el papel de las entidades voluntarias y de las mercantiles, sin apartar al Estado de su posición inicial. En cuanto a los destinatarios de los servicios, se anunció el objetivo de la universalización. Este impulso superador del estamentalismo y el clasismo ha llevado a marginar o difuminar necesidades específicas del estamento y de la clase tradicionalmente protegida: los pobres y los trabajadores (Casado, 1994).

En el plano técnico se ha recuperado el modelo territorial, sin utilizar esta denominación, y la estructura técnica del sistema viene configurada por dos niveles de servicio:

1. En el nivel de atención primaria los servicios sociales se ofrecen por áreas de pequeño tamaño en que habría que dividir todo el territorio nacional. Son servicios básicos ambulatorios o polivalentes.
2. El segundo nivel de sistemas esta constituido por los servicios sociales personales de carácter secundario. Son aquellos que requieren una cierta concentración de recursos humanos, técnicos o económicos, por lo que suelen encontrarse más o menos alejados, física y/o funcionalmente, del entorno social inmediato de los beneficiarios. En España tiende a verse este segundo nivel estructurado por áreas de demanda, tales como las siguientes: a) problemas y necesidades de familiares y menores sin ambiente familiar normal; b) juventud con dificultades de acceso a la actividad productiva; c) vejez asociada a la dependencia; d) deficiencias implicando riesgo de minusvalía, es decir, marginación; e) drogodependencias fuertes, delincuencia y marginación de ex-reclusos; f) marginación por razón de sexo, marginación de minorías étnicas; g) extranjería, situaciones de pobreza, marginalidad inespecífica y desorganización comunitaria.

Subraya el Consejo Económico y Social (1997) que el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) se ocupa de las prestaciones de servicios

sociales de la Seguridad Social, que gestiona directamente en el ámbito estatal y cuya gestión en el ámbito territorial ha sido transferido a las Comunidades Autónomas. Estos servicios están destinados a grupos o colectivos específicos con necesidades especiales, que pueden ser susceptibles de marginación o exclusión, tales como las personas con minusvalía, las personas de la tercera edad, los refugiados y desplazados y otros colectivos con problemas de arraigo en la sociedad.

Entre los organismos de la Administración Central con competencias en materia de servicios sociales cabe citar a la Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia, a través de la que se impulsa el Plan Concertado de Servicios Sociales, se tutela a las Fundaciones, se distribuyen las subvenciones a organizaciones no gubernamentales para programas de interés social, y se desarrollan programas de servicios sociales para la infancia y la familia. El Instituto de Mujer y el Instituto de la Juventud, por su parte, desarrollan una acción dirigida a mejorar y facilitar la situación de las mujeres y de los jóvenes.

La red básica de servicios sociales, predominantemente municipal, asume las prestaciones básicas de los servicios sociales y la garantía de un nivel mínimo de protección social en el Estado español. El Plan Concertado de Servicios Sociales para el desarrollo de prestaciones básicas en corporaciones locales, está basado en la cooperación económica y técnica entre el Estado y las Comunidades Autónomas, que conjuntamente colaboran con las entidades locales en el cumplimiento de las obligaciones según la Ley Reguladora de Bases Sociales de la Comunidades Autónomas. El objetivo final es el del establecimiento de una red primaria de servicios sociales municipales. Por último se encuentran los servicios sociales que se realizan dentro de los programas de rentas mínimas, donde también existen ciertas medidas destinadas a actividades de servicios sociales para los beneficiarios.

Esta dispersión dificulta el análisis del mapa español de servicios sociales, que además cuenta con un gran apoyo por parte de las entidades sin

ánimo de lucro dirigidas por la iniciativa privada. Todo ello contribuye a una desigualdad territorial en la provisión de estos servicios, encontrándose un solapamiento de actividades y baja optimización de recursos.

En la actualidad, el Plan Concertado se encuentra en una etapa de transición. La política de servicios sociales ha evolucionado tanto en materia legislativa por parte de las Comunidades Autónomas como por los planteamientos filosóficos de competencias de Corporaciones Locales y Comunidades Autónomas. Se están articulando cada vez en mayor grado programas integrales en el ámbito territorial de las Corporaciones Locales y a su vez la iniciativa social está creciendo, con un papel de mayor protagonismo en el ámbito del bienestar social. Con objeto de adaptar el Plan Concertado a las nuevas necesidades se ha propuesto que expanda su red para consolidar el Sistema Público de Servicios Sociales de nivel primario, destinado a los servicios sociales generales para toda la población y gestión local. Este primer nivel -o de atención primaria- actuaría como respuesta ante cualquier demanda o situación de necesidad, realizada con medios normalizados, destinados a usuarios provenientes del nivel primario, realizada con medios especializados y destinados generalmente a situaciones o colectivos específicos.

La red básica de servicios sociales debería ser la encargada de realizar programas y destinar recursos para combatir la pobreza y la exclusión social, pues es esta red la que cuenta con los requisitos adecuados: entre ellos se podría destacar su proximidad al usuario -que le confiere especial ventaja en el diseño de las políticas y programas por el conocimiento de las necesidades reales del beneficiario- y la formación del personal especializado dentro de esta red facilita las tareas a realizar -pues son los asistentes sociales las personas adecuadas para detectar necesidades y poner en práctica distintos servicios o programas-. Además, la red de servicios sociales básicos constituyen el primer eslabón de acceso a la Administración Pública por parte del ciudadano, por lo que puede ser el entorno adecuado para detectar deficiencias y necesidades y destinar al beneficiario hacia posibles programas de apoyo en distintos ámbitos.

2.3.2.2. Transformaciones organizativas en los servicios sociales españoles.

Señala Casado (1994) que en España, a lo largo de las últimas décadas, los servicios sociales se han desarrollado de una manera autárquica y anárquica: no se diseñó un plan conjunto, ni siquiera una política de ordenación por áreas. La legislación de la Beneficencia impuso en el pasado un cierto orden en el sector público, pero durante la etapa franquista ese orden fue rebasado, principalmente por la ampliación de la intervención social, dando como resultado una masa relativamente abundante y bastante caótica de servicios sociales.

Los servicios sociales del primer escalón operativo del sistema reciben en España diversas denominaciones: de atención primaria, de base, comunitarios, generales y polivalentes; siendo la expresión “atención primaria” la más utilizada.

“Los Servicios Sociales Comunitarios son, dentro de la red de servicios sociales, el eje central, el instrumento básico que permite el establecimiento de una política integral de servicios sociales, a través de los cuales se desarrollarán los programas orientados a la atención de todos los ciudadanos y a cada uno de los sectores específicos, mediante la utilización de todos los recursos de la vida local y la conexión de todas las actuaciones que se realizan en el territorio (la comunidad vecinal)” (Partido Socialista Obrero Español, 1984).

La primera función general de los servicios sociales de atención primaria debiera ser funcionar a modo de punto de primer contacto de individuos, familias y comunidades con el sistema de servicios sociales, función que plantea la exigencia de una oferta general. En segundo lugar, el primer nivel de servicios sociales ha de proveer por sí mismo ciertas atenciones o intervenciones, evitando que se reduzca el servicio a una ventanilla de información que distribuya a la gente por el sistema. Por ello, debiera prestar directamente tareas de prevención, asistencia o rehabilitación que puedan ser desarrolladas mediante técnicas y recursos convencionales. Para cubrir esta segunda función, el primer nivel de los servicios sociales ha de estar constituido por unidades o complejos polivalentes. Para que los usuarios

puedan ser atendidos mediante primeros contactos han de poder recurrir a comisiones, equipos o centros multiprofesionales. El nivel primario cumple como tercera función la canalización de los usuarios y la coordinación funcional del conjunto de los servicios sociales. Hipotéticamente evitan las duplicidades y lagunas, registran los flujos de la demanda, facilitan la evaluación, etc. La cuarta función es la de asegurar una cobertura total del territorio y de la población.

Las leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas no hacen especial incapié en cuanto a la búsqueda responsabilidad municipal a nivel primario, mientras que la Ley de Bases del Régimen Local ni siquiera menciona la idea de competencia plena. Por otro lado, los Ayuntamientos no han sido provistos de medios o fuentes para financiar esta presunta nueva responsabilidad. Además, muchos municipios españoles son tan pequeños que no pueden asumir ni el primer nivel de los servicios sociales (Del Valle, 1986). La doctrina municipalista de esta materia tiene su mejor ejemplo en la práctica de países como Gran Bretaña, Suecia o Noruega, en los que de forma previa obviaron el fenómeno de minifundismo municipal. Suecia, por ejemplo, redujo sus aproximadamente 3.000 demarcaciones municipales a menos de 300, con una población, cada una, comprendida entre 5.000 y 700.000 habitantes. España tiene algo más de 8.000 municipios de los que más del 85% tiene menos de 5.000 habitantes. Normalmente los equipos humanos de atención primaria tienen escaso personal y mínima multiprofesionalidad.

2.4. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES EN MADRID.

Señala el equipo EDIS (1995) que la mayoría de las familias pobres de Madrid no hacen uso de los Servicios Sociales: por cada cinco familias que acuden a los servicios otras siete no los utilizan. Son los más pobres de entre los pobres, quizás por su desesperada situación, quienes acuden en mayor proporción a los servicios sociales y, donde más acuden en busca de ayuda es a los Ayuntamientos y a Cáritas: en cuatro de cada diez ocasiones acudieron a

los Ayuntamientos y en tres de cada diez a Cáritas. En un segundo escalón se encuentran los servicios gestionados por la Comunidad de Madrid y, en menor medida, se utilizan los servicios que prestan Cruz Roja u otras organizaciones no gubernamentales.

A los Servicios Sociales de Madrid acuden con más frecuencia las familias con padres más jóvenes -sobre todo hasta los treinta y cinco años- que aquellas cuyo cabeza de familia tienen una más avanzada edad. En el caso de los viudos, los jubilados o las amas de casa la proporción de ocasiones en que acudieron a los servicios sociales es menor que la del total de familias.

El 40% de los problemas planteados por las personas pobres en Madrid a los Servicios Sociales no encuentran ninguna solución, otro 40% encuentran en parte solución y el 20% se resuelven totalmente. Por lo general hay más problemas que se quedan sin resolver que aquellos que son resueltos totalmente, si bien esta tendencia desaparece en el caso de los viudos, los mayores de sesenta y cuatro años y quienes viven en precariedad social, donde se observa una cierta igualdad entre los problemas resueltos y no resueltos (EDIS, 1995). Las mayores dificultades para resolver problemas las encuentran los Servicios Sociales entre los que viven en pareja estable -53,7% de los problemas planteados sin resolver-, analfabetos absolutos -46,7%-, los que tienen entre 55 y 64 cuatro años -47,2%-, los parados -45,9%-, los que tienen entre 45 y 54 años -45,4%- y entre los que viven en pobreza moderada -44,5%- (EDIS, 1995).

Se observa un elevado desconocimiento de las familias en situación de pobreza en Madrid sobre la labor que realizan los Servicios Sociales, aunque el nivel de pobreza guarda cierta relación con el conocimiento de los servicios sociales: el mayor grado de conocimiento se observa entre quienes viven en pobreza grave. Los Servicios Sociales mejor considerados entre las familias pobres son los proporcionados por la Cruz Roja, en tanto que los peor considerados son los servicios sociales de carácter público (EDIS, 1995).

El estudio realizado por EDIS (1995) también analiza el uso que hacen las familias pobres de Madrid de algunos servicios sociales especializados - internados de menores, aulas de educación de adultos, residencias de ancianos, centros de rehabilitación de alcohólicos y drogodependientes, de rehabilitación de minusválidos, centros de ayuda...-, observando que la inmensa mayoría de las familias pobres de Madrid -el 90,2%- no acude a este tipo de servicios, utilizándolos en mayor proporción las familias en los niveles más graves de pobreza. En general, las familias pobres de Madrid no hacen uso habitualmente de los roperos, no habiéndolos utilizado el 87,7% de estas familias, si bien aumenta la proporción de familias que los utilizan a medida que el nivel de pobreza se va agravando.

LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PSH

3.1. INTRODUCCIÓN.

Si bien a lo largo de los últimos años se han incrementado las ayudas específicas a las PSH (Foscarinis, 1991), diferentes trabajos señalan que estas ayudas no se han dirigido a las bases de la etiología de dicha situación (Bush, 1989; Hoffman, 1988; Ifill, 1990), distribuyéndose la mayor parte entre albergues, comedores sociales y actividades de emergencia (Foscarinis y Friedman, 1989; *Interagency Council on the Homeless*, 1989).

En opinión de Koch-Nielsen (1995), mediante los servicios para las PSH, especialmente albergues y comedores sociales, únicamente se ofrece una protección básica contra la situación de sin hogar, con unos valores mínimos. Este autor señala que, si se considerase como única característica de las PSH el carecer de alojamiento, la integración de este colectivo pasaría exclusivamente por proveerles de suficientes viviendas. Lamentablemente, ello resulta imposible en las circunstancias actuales pero, aunque así se hiciese, no podría olvidarse la existencia de subgrupos dentro de la heterogénea población de PSH a los que debería proveerse de redes sociales, un significado en la vida, su integración en el mercado laboral, etc. (Koch-Nielsen, 1995). Pero, a menudo, los planificadores y proveedores de servicios asistenciales olvidan que, en las sociedades plurales, existen personas con diferentes características que se comportan de un modo en ocasiones reñido con las reglas y supuestos de la cultura dominante (Koegel, 1992, 1998).

En las situaciones en las que la población objetivo está compuesta de personas con características diferentes pero claramente identificables resulta relativamente fácil a los planificadores y proveedores de servicios salvar la distancia sin embargo, las diferencias personales no siempre se acompañan de

indicadores claros como el idioma o la raza (Koegel, 1998). Hay grupos pequeños dentro de la sociedad que pasan la mayor parte del tiempo en contextos singulares que estimulan y refuerzan considerablemente supuestos valores, creencias y reglas de comportamiento diferenciales. Grupos tales como los varones que viven en *guetos* (Liebow, 1967), los jóvenes de los arrabales de la ciudad (Williams y Kornblum, 1985), los alcohólicos (Wiseman, 1970), los adictos a la heroína (Agar, 1973), los adultos con retraso mental (Edgerton, 1967), los jóvenes con enfermedades mentales crónicas (Estroff, 1981) o las personas con SIDA (Feldman, 1990) pueden comportarse y tener una visión de la vida que contrastan con aquellos a quienes se ha encomendado ayudarlos o controlarlos. Los datos culturales y un enfoque con sensibilidad cultural son tan relevantes en estos casos como lo son en otros casos que conlleven diferencias subculturales más claras (Chrisman y Thomas, 1990), pero con frecuencia se pasan por alto, a menudo con graves consecuencias.

Por todo lo anterior, junto a los más habituales recursos para las PSH - albergues, comedores sociales, roperos, rentas mínimas...- diferentes administraciones se han visto empujadas a diseñar servicios orientados a los subgrupos existentes dentro del colectivo de PSH. En esta línea, y a modo de ejemplo, para las PSH con problemas de toxicomanías y alcoholismo se han diseñado albergues con escasas demandas hacia los usuarios, donde puedan desintoxicarse y recibir tratamiento médico (Clark, Teague y Henry, 1999; Drake, Osher y Wallach, 1991; Rickards, Leginski, Randolph *et al*, 1999). La ventaja de este tipo de recursos radica en que al menos reducen la morbilidad y permiten desarrollar relaciones de adherencia que facilitan persuadir a los usuarios para participar en tratamientos. En Nueva York se han desarrollado los llamados *transitional living communities*, servicios especializados en una ayuda de transición en que a las PSH con problemas de toxicomanías y/o alcoholismo se les ofrece tratamiento para facilitar la abstinencia y desarrollar habilidades sociales, facilitando el contacto con los servicios sociales de la comunidad y la ayuda médica (Hannigan y White, 1990).

En relación a las PSH con trastornos mentales o diagnósticos dobles - trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas-, surgen controversias a la hora de proveerlos de servicios específicos (Drake, Osher y Wallach, 1991). Teniendo en cuenta sus problemas clínicos, facilitar únicamente alojamiento y servicios, sin tratamiento, es considerado negativo por muchos especialistas (Drake y Adler, 1984). Sin embargo, parece claro que muchas de las PSH con trastornos mentales o diagnóstico doble acuden a hospitales, albergues u otras instituciones buscando más solventar sus necesidades básicas que para someterse a un tratamiento (Drake y Wallach, 1989; Kline, Bebout, Harris *et al*, 1991). En cualquier caso, un alojamiento adecuado parece necesario como primer paso para enganchar a los usuarios y persuadirlos para participar en programas de tratamiento. Otra controversia en relación a las PSH con trastornos mentales o diagnóstico doble surge entorno al uso de alojamientos permanentes o alojamientos de transición. Algunos autores (Blanch y Carling, 1988; Carling, 1990) consideran más eficaces los alojamientos permanentes -con el necesario apoyo- por encima de los de transición que requieren una movilidad que puede resultar estresante. Sin embargo, diferentes administraciones en EE.UU. han desarrollado programas de transición de acuerdo a los estatus clínicos y las necesidades (*National Resource Center on Homelessness and Mental Illness*, 1990). A pesar de las divergentes opiniones no existe una investigación sólida que presente claras evidencias (Drake, Osher y Wallach, 1991, Sachs-Ericcson, Ciarlo, Tweed *et al*, 1994).

Opina Bachrach (1992) que los servicios que se ofrecen a las PSH con trastornos mentales deberían presentar un clima especial, donde los usuarios recibieran un trato adecuado y fuesen percibidos por los profesionales como enfermos en vez de como vagos. Del mismo modo, estos servicios deberían ser flexibles y multifacéticos, facilitando tratamientos individualizados, pero adaptados a la cultura de cada usuario de una forma continuada y donde las diferentes agencias trabajasen juntas con un buen contacto entre ellas (Hargreaves, Shumway, Hu *et al*, 1998). Asimismo, considera que deberían crearse servicios nuevos e imaginativos y adecuar los servicios existentes a las

necesidades de este colectivo. En Dinamarca (Koch-Nielsen y Borner, 1996), en algunas ciudades de Estados Unidos (Francis, 2000) o en el sur de la ciudad de Londres (Proyecto Start) equipos de psiquiatras sociales recorren las calles y mantienen contactos personales con los usuarios, combinando tratamientos psicológicos y sociales con el seguimiento personalizado del caso y la asistencia en hospitales psiquiátricos. En nuestro país, el grupo SMES - Salud Mental y Exclusión Social- (Leonori, Muñoz, Vázquez *et al*; 2000, Muñoz y Vázquez, 1997) se encuentra en la actualidad diseñando un programa de características similares para su puesta en marcha en la ciudad de Madrid.

Las mujeres en la situación de sin hogar, por su parte, entre otras cuestiones idiosincrásicas manifiestan padecer agresiones sexuales y físicas, incluso en los propios albergues. Estos eventos pueden contribuir a la aparición de niveles elevados de síntomas depresivos, síntomas psicóticos y hospitalizaciones por problemas psiquiátricos, médicos o de consumo de alcohol o drogas (D'Ercole y Struening, 1990). Para este colectivo, junto a la creación de albergues y comedores sociales específicos para mujeres, se han diseñado modelos de intervención que incluyen, por ejemplo, equipos de salud móviles (Mowbray, Solarz, Johnson *et al.*, 1986; Mowbray, Solarz, Combs *et al.*, 1986). Por su parte, Breton (1984) describe un programa para mujeres sin hogar basado en una buena relación entre trabajadoras y usuarias, enfatizando la necesidad de las mujeres sin hogar de tener una necesidad de control sobre el ambiente como primer paso hacia el establecimiento de un sentimiento de dignidad y bienestar. Los programas para mujeres sin hogar suelen incluir componentes psicoeducacionales orientados a informar sobre el papel de la mujer en la sociedad y erradicar la creencia de que la violencia contra la mujer es natural y justificable.

Los jóvenes sin hogar aparecen como otro subgrupo diferenciado entre las PSH (Greene, Ringwalt e Iachan, 1997; Unger, Kipke, Simon *et al*, 1998). Reed y Klee (1999) señalan que la dotación de albergues, servicios de información y atención sanitaria accesibles a este colectivo se encuentran excesivamente concentrados en el centro de las ciudades, observando que

aquellos con mayor aceptación entre los jóvenes son los servicios que facilitan trabajos eventuales, en tanto que tienen un mal concepto de los servicios que cubren las necesidades más básicas -comida, alojamiento, ropa...-. De Rosa, Montgomery, Kipke *et al* (1999) observan que los servicios más utilizados por los jóvenes sin hogar son los albergues de baja exigencia -78%-, en tanto que utilizan con menor frecuencia los servicios médicos -28%-, los servicios de tratamiento por abuso de sustancias -10%- o los servicios de salud mental -9%-. Asimismo, encuentran que los jóvenes sin hogar se manifiestan incómodos con las barreras y reglas existentes en los servicios, manifestando problemas habituales con los trabajadores de los centros. Los propios jóvenes sugieren la creación de dispositivos que ofrezcan servicios durante largos períodos de tiempo con restricciones en función de la edad, más y mejor formación laboral y servicios de transición que les permitan salir de la calle.

Pero, pese a procurarse en ocasiones diseñar dispositivos específicos para los diferentes subcolectivos dentro de las PSH, muchas veces los servicios demandados se encuentran fuera de la oferta tradicional, necesitando con frecuencia servicios que los planificadores raramente consideran -fácil acceso a los baños y retretes, buzones donde recibir correspondencia o recoger cheques donde se les abonen subsidios, espacios privados donde escapar a un continuo ruido...-. Planear servicios efectivos requiere una sensibilidad especial, de tal forma que no obliguen a elegir entre la clínica o la comida en un comedor social (Bachrach, 1992).

Lamentablemente, diferentes trabajos señalan que, pese a los esfuerzos realizados, son justamente las PSH más necesitadas aquellas que utilizan los servicios de una forma menos efectiva (Gelberg, Linn y Leake, 1988; Lamb y Lamb, 1990; McCarthy, 1990; Morse y Calsyn, 1986).

3.2. LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PSH EN ESPAÑA.

3.2.1. LA OFERTA DE SERVICIOS PARA LAS PSH.

Si bien el sistema de protección social en España -Seguridad Social, sanidad, educación, desempleo, vivienda, servicios Sociales...- ha experimentado un enorme avance en los últimos veinte años, incluso para sectores tradicionalmente excluidos, dista mucho camino que recorrer hasta alcanzar una situación ideal (García y Ramírez, 1992; Moreno y Pérez, 1992; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1997; Rodríguez Cabrero, 1994). En el caso de las PSH, la legislación actual, por ejemplo, obliga a todos los municipios con más de 20.000 habitantes a disponer de servicios sociales para este colectivo, hecho que ha favorecido una cierta aparición de nuevos recursos durante los últimos años. Por ello, hasta cierto punto ha mejorado la atención y los modelos de intervención con las personas más marginadas y sin techo. Sin embargo, esta legislación no ha llegado a desarrollarse plenamente: sólo las grandes ciudades han desarrollado servicios sociales especiales para las PSH. Por lo que respecta a la iniciativa privada, los servicios para las PSH siguen dependiendo de organizaciones religiosas de una forma casi exclusiva.

En lo referente a los servicios españoles, el Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española (1990) resumía los principales tipos de servicios existentes en 1989 en los siguientes:

SERVICIOS	Número de centros	Plazas disponibles	Personas/día
Albergues	129	5.224	-----
Laboral y/o ocupacional	50	386	630
Información	209	-----	-----
Comedores	135	-----	8.000
Servicios de ropero	96	-----	1.524
Total	619	5.610	----

Tabla 3.1. Servicios españoles de atención a las PSH contabilizados por el Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española en 1989

En función de los datos expuestos en la tabla 3.1. solamente aparecían disponibles 386 plazas para la rehabilitación ocupacional o laboral, siendo el mayor número de servicios el correspondiente a centros de información,

comedores sociales y roperos. Los centros de información suelen responder a iniciativas de ayuntamientos, que ofrecen este recurso como única ayuda a las personas en esta situación. El caso de los comedores sociales y roperos es distinto: generalmente responden a iniciativas de parroquias, grupos religiosos u ONG laicas. De hecho, es posible que la cantidad incluida en la tabla infraestime de manera importante este tipo de servicios debido a su enorme implantación en pequeñas parroquias, muy difíciles de identificar en un censo o encuesta. Tal como se desprende de los datos recogidos por el Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española (1990), la cobertura de los servicios para PSH se encuentra repartida entre distintos tipos de equipamiento. En los centros de servicios sociales es donde generalmente se realizan todas las actividades que engloban los planes concertados, mientras que los albergues tienen una función más específica destinada a estancias y comedores.

Según datos del Consejo Económico y Social (1994), los centros de servicios sociales españoles atendieron en 1993 a casi tres millones de usuarios, cifra que parece haber experimentado un importante aumento. Sin embargo, y a pesar del creciente aumento de usuarios, el número de albergues y centros de servicios sociales sufrió una reducción en los últimos años. Mientras que en 1992 el CES contabilizaba un total de 851 centros, en 1993 la cifra disminuyó a 815 (Consejo Económico y Social, 1997). Es de esperar que los esfuerzos para mejorar el déficit público presionen para reducir aún más estas cifras. También se debe resaltar que si bien se ha experimentado un aumento de PSH usuarias reales en todos los servicios sociales, el Consejo Económico y Social (1997) observa que a nivel estatal los albergues encuentran una infraocupación de sus equipamientos. Los dormitorios de los albergues han sido utilizados solamente en un 38% de sus posibilidades. Por su parte, los comedores sociales presentaron un 73% de ocupación, frente a un 22% de los comedores en los albergues. Sin embargo, la saturación de los servicios en los grandes núcleos urbanos, especialmente en época invernal, hace pensar que los porcentajes de ocupación difieran sustancialmente entre entornos rurales y urbanos, presentando así mismo variaciones estacionales.

Mediante la red de centros de servicios sociales se llevan a cabo actividades de prevención, rehabilitación y cuidados asistenciales. Como puerta de acceso al sistema de servicios sociales se encuentran los dispositivos de información y orientación, dirigidos a garantizar los medios para conocer los derechos y recursos sociales existentes, así como proporcionar asesoramiento para canalizar las demandas. Generalmente se trata de información general sobre recursos y prestaciones que se concede a través de entrevistas, visitas o divulgación de información. Estas tareas implican orientación y asesoramiento profesional, que pueden resultar en la derivación a otros servicios.

El Consejo Económico y Social (1997) contabilizó la existencia de alrededor de 270 albergues para PSH. En los albergues dependientes del Ministerio de Asuntos Sociales fueron atendidas más de 21.000 personas en 1993. El número de estancias fue de casi de 194.000. Por su parte, en un trabajo recientemente publicado por Cabrera (2000), se señala la existencia en el territorio español de un total de 249 albergues, 114 comedores sociales, 108 roperos, 88 centros de estancias cortas, 67 centros de inserción de estancias largas, 49 talleres ocupacionales, 43 centros de día y 27 pisos tutelados. En ellos, entre las prestaciones más habituales destacarían las recogidas en la tabla 3.2. (Cabrera, 2000):

TIPO DE PRESTACIÓN	Número de centros	Porcentaje
Información y acogida	291	76%
Orientación	270	71%
Derivación	233	61%
Comida	233	61%
Cena	231	61%
Ropero	228	60%
Ducha individual	219	57%
Desayuno	203	53%
Seguimiento social	202	53%
Alojamiento en el centro	198	32%
Llamadas telefónicas	163	43%
Posibilidad de lavar la ropa	161	42%
Regularización de papeles	151	40%
Farmacia	144	38%
Búsqueda de empleo	131	34%
Cuidados médicos	113	30%
Búsqueda de alojamiento	112	29%
Ayudas alimenticias	107	28%
Talleres ocupacionales	105	28%
Atención psicológica	80	21%
Ayuda jurídica	76	20%
Alojamiento en pensiones	75	20%
Pisos tutelados	47	12%
Talleres profesionales	9	2%

Tabla 3.2. Prestaciones más habituales en la red de centros de atención a las PSH en el territorio español (Cabrera, 2000)

Como se desprende de la tabla 3.2., en general, el tipo de prestaciones ofertadas más ampliamente son aquellas aparentemente menos costosas de mantener y que no conllevan ninguna dotación en especie -información y acogida, orientación general y derivación a otros centros-, centrándose posteriormente la atención en la cobertura de necesidades primarias: alojamiento, comida y ropa.

3.2.2. EL CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS POR LAS PSH.

Estudios realizados en Gran Bretaña señalan que cerca del 60% de las PSH no saben dónde acudir en busca de ayuda o información (Stark, Scott y Hill, 1989) y que menos del 30% obtienen todos los beneficios a que tienen derecho (Stark, Scott y Hill, 1989; Weller, Weller y Coker, 1987).

En nuestro país, de forma general, las PSH parecen recurrir de inicialmente a compañeros que se encuentran en su misma situación para

informarse sobre los servicios de asistencia en las ciudades a las que llegan (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985). Por su parte, los que tiene una mayor experiencia, recurren directamente a entidades que se dedican a ofrecerles información. Estas entidades, en conjunto, informan a muchas PSH, pero ninguna alcanza un nivel de penetración en el colectivo tan alto como el grupo de iguales. Pese a todo, hay PSH que desconocen los servicios informativos y carecen del apoyo de compañeros, siendo éstos quienes mayores problemas presentan para acceder a los servicios. Similares tendencias se repiten en cuanto a la orientación hacia el uso de los servicios asistenciales: aunque el 20% de las PSH manifiesten haber acudido a los servicios por propia iniciativa, la influencia de sus compañeros y de los cauces institucionales prevalece. Pocas PSH llegan a conocer los servicios asistenciales a través de la publicidad y, lamentablemente, parece darse en ocasiones una rivalidad entre las PSH -como consecuencia de competencia por el uso de los unos servicios- que induce a ocultar información (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Los cauces institucionales, a pesar de su grado de penetración por una u otra vía, no llegan a todos las PSH, pese a lo cual no se suelen utilizar otros medios como la publicidad. En las distintas ciudades españolas subsiste un porcentaje de PSH que ignora incluso la existencia de servicios orientados a paliar sus necesidades, porque no recibe la información oportuna. Las deficiencias o lagunas informativas provocan que los escasos recursos que dedica la sociedad a este colectivo sean en ocasiones distribuidos de forma discriminatoria, distribución que puede estar favoreciendo a los menos necesitados entre los necesitados, pues justamente las PSH cuyos antecedentes socioeconómicos les posiciona en los estratos alto y medio -aquellos que proceden de familias mejor dotadas- obtienen información de los servicios asistenciales a través de las entidades con mayor frecuencia que el resto. Los más desfavorecidos no siempre recaban la información pertinente y se ven privados de esos escasos recursos.

Ahora bien, no existe el mismo nivel de información sobre todos los servicios, siendo así que la proporción de PSH que desconocen la existencia

de roperos dobla con creces a las de otros servicios. En el estudio realizado por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) se observa que la media de años que las PSH llevan conociendo los servicios se sitúa en 3'29 años para los comedores sociales, 3'35 para los albergues y 3'50 para los roperos.

Cuando una persona se encuentra por primera vez en la situación de sin hogar, el primer servicio que suelen conocer son los comedores sociales, poco tiempo después los albergues y, por último, terminan conociendo los roperos. Este orden de conocimiento concuerda con la emergencia de necesidades. La primera carencia que suele padecer una PSH es la alimentación, es lo primero que necesitan y tiene que localizar lugares donde comer para subsistir. Después, suelen verse en la necesidad de cubrir las demandas de alojamiento, viéndose obligados a informarse de la existencia de los albergues. Y pasado un tiempo, tienen que reponer hasta el vestido, necesitando información sobre los roperos. Ahora bien, no todos las PSH necesitan los mismos servicios, pues hay diferentes tipos de PSH. Hay también PSH desinformadas que demandan servicios de información y otros que necesitan orientación y apoyos para su recuperación y inserción social, mientras que a otras PSH les vendrá bien servicios estrictamente asistenciales, que satisfagan algunas de sus necesidades vitales.

3.2.3. LA FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS POR LAS PSH.

Los servicios a los que más PSH acuden son los comedores sociales y albergues. A otros -roperos o pensiones- acuden menos frecuentemente, quizás debido al carácter subsidiario de estos servicios. A los roperos se acude de cuando en cuando y la recurrencia a pensiones tiene lugar cuando las instituciones dedicadas a la atención a los transeúntes carecen de plazas en albergues o comedores sociales, tal como se desprende de los datos obtenidos por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) que aparece reflejados en la tabla 3.3.

Utilización en alguna ocasión	Comedores	Albergues	Roperos	Pensiones
Muchas veces	27%	23%	10%	5%
Bastantes veces	28%	24%	12%	7%
Pocas veces	27%	30%	21%	20%
Nunca	18%	22%	56%	67%

Tabla 3.3. Utilización de servicios por las PSH en España.

La frecuencia con que se utiliza un servicio suele reflejarse en el uso que se hace de otros: quien frecuenta mucho los comedores sociales hace lo mismo con los albergues. Hay muy pocas PSH que utilizando un servicio no hagan uso de los otros, o sea, existe una dependencia de diferentes servicios.

Entorno a un 50% de las PSH son usuarias habituales de dos servicios asistenciales. Casi un tercio utilizan tres servicios. Y el resto, no hacen uso de dos, pero suelen ser habituales de uno. La tasa de los que no utilizan ningún servicio gira alrededor de un 20%, porcentaje que está integrado en parte por las PSH desinformadas, pero también por algunos que llevan tiempo en esta situación (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Sin embargo, subiste una bolsa de PSH que no utiliza los servicios, lo que en ocasiones da lugar a situaciones dramáticas como las muertes por congelación que suceden en invierno, accidentes indicativos del escaso atractivo que muchos albergues tienen entre sus potenciales usuarios o la carencia de plazas en los mismos.

3.3. LOS ALBERGUES PARA LAS PSH.

Señala el Consejo Económico y Social (1997) que la falta de vivienda, o el deterioro de la misma, es uno de los factores clave en la exclusión social. La vivienda es un elemento esencial para que las personas se integren en la sociedad y desarrollen su identidad, debido tanto a la función social que juega la estructura residencial en la organización de la sociedad como a la necesidad de un espacio vital mínimo para el desarrollo personal y familiar.

Por ser la carencia de vivienda la característica más idiosincrásica de las PSH y los albergues los dispositivos más directamente relacionados con este colectivo, son estos servicios los que más recursos absorben de entre los servicios sociales especializados enfocados hacia las PSH. Es por ello por lo que se dedica una especial atención a los albergues en el presente trabajo.

Todo estado o sociedad, que establezca como objetivo alcanzar el bienestar de sus ciudadanos, debe contemplar la necesidad básica de alojamiento como un elemento para la planificación de respuestas institucionales en el marco del desarrollo de sus políticas sociales. Por ello, los dispositivos de acogida institucional deben de entenderse, en el marco de las actuales redes de Servicios Sociales como un equipamiento básico, un recurso que dé respuesta a la necesidad de un alojamiento coyuntural alternativo (Afán, Floriach y Tortosa, 1994; Pérez y Blajot, 1994).

En el presente trabajo se utiliza el término albergue para designar a todos aquellos dispositivos de alojamiento destinados a facilitar, al menos, un lugar donde pernoctar a las PSH, independientemente de la existencia de características específicas en el servicio -comedor, servicios sociales, lavandería...-. Sin embargo, la terminología utilizada para designar estos dispositivos no aparece clara en la literatura especializada, tratándose de eludir en muchas ocasiones el término albergue mediante el recurso a los más variados eufemismos. Así, a modo de ejemplo, Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) comentan:

“Tan desprestigiados están los albergues de los transeúntes que, en algunos lugares, los promotores de instituciones similares rehúsan denominarlas con este nombre, optando por términos cuyo significado hace más referencia a sus pretensiones que a los logros... Porque ni estas instituciones son casa, hogar ni residencia.... Con uno u otro nombre, a los transeúntes la sociedad les da muy poco y, frecuentemente, de dudosa o baja calidad”.

Al realizar una aproximación a las características de los albergues para PSH a nivel supranacional, parece obvio que la atención deberá centrarse en aquellos estados con un nivel de desarrollo similar al español, dado que

enfocar la atención en los servicios de países en vías de desarrollo puede inducir a conclusiones grotescas. Tradicionalmente, han sido los EE.UU. quienes más literatura han producido en referencia a los servicios destinados para las PSH, seguidos a notable distancia por los países miembros de la U.E. (Firdion y Marpsat, 1994). Últimamente, otros países como Australia comienzan a prestar una especial atención a los servicios orientados hacia el colectivo de las PSH.

La extensión del problema de las PSH en todo el occidente industrializado ha conllevado el incremento en la implantación de recursos asistenciales para este colectivo. A modo de ejemplo sirva señalar que, en 1988, se contabilizaban en Nueva York un total de 20 albergues para más de 10.000 PSH (Grunberg y Eagle, 1990). En su mayor parte, los albergues han sido edificios reconvertidos, tales como cuarteles de la Guardia Nacional o escuelas públicas fuera de uso. Los albergues en EE.UU. históricamente han funcionado a modo de “tapones” en los huecos abiertos dentro de los sistemas de apoyo institucionales, sirviendo de forma paralela como última alternativa de alojamiento a parados de larga duración que hubiesen agotado todos los recursos de asistencia formales. Esta doble función desempeñada por los albergues ha hecho que el diseño de los programas resulte en ocasiones incoherente, con habituales barreras de acceso y una excesiva importancia de las reglas de funcionamiento de estos servicios (Hopper, 1990).

El informe sobre albergues de la *Adult Services Agency* de la *New York City Human Resources Administration* (1987) señala que el número de usuarios en los albergues en la ciudad de Nueva York asciende a más de 1.000 personas por noche, con una media de edad de 33 años, de los que el 89% son afroamericanos o hispanos, el 65% manifiesta tener problemas de salud mental y el 42% presenta signos evidentes de problemas de salud física. Si bien cada albergue presenta un grupo de usuarios permanentes, muchos de las PSH transitan por el sistema de albergues. En 1984 la estancia media de permanencia en un albergue del sistema era aproximadamente de 725 días (*Adult Services Agency*, 1984), tendencia que parecía ir en aumento.

Los albergues de EE.UU, al igual que sucede en España, dependen en gran medida de instituciones de carácter religioso. A modo de ejemplo, en la ciudad de Detroit se detectaron cuatro albergues que acogían a PSH durante períodos largos de tiempo (Harris, Mowbray y Solarz, 1994). Dos de ellos, gestionados por organizaciones religiosas, alojaban únicamente a varones: uno con 21 camas en el primer piso de un viejo hotel -siendo utilizado como programa residencia para consumidores de drogas- y el otro ocupando varios pisos de un viejo edificio, con una capacidad de 100 personas. Ambos albergues proporcionan servicios y actividades a los usuarios en los propios edificios. Otro albergue de Detroit, también gestionado por una organización religiosa, se encuentra orientado a mujeres solteras solas o con niños -no víctimas de la violencia doméstica- y un cuarto es utilizado tanto por familias como por individuos y se gestiona simultáneamente por una coalición de religiosos y laicos, albergando a 45 personas en el edificio de una vieja iglesia con grandes dormitorios acondicionados para dormir. En el año 1994 no existían albergues con una gestión pública en Detroit y los servicios sociales en los albergues, cuando éstos se encontraban disponibles, normalmente eran facilitados por trabajadores sociales y voluntarios.

En relación a los servicios básicos ofrecidos en los albergues de los EE.UU, estos parecen variar en función de las metas que se fijan los propios dispositivos,

“... siendo así que unos buscan la colaboración de los usuarios, mientras otros proveen una serie de servicios para necesidades menos inmediatas, físicas y de salud mental, abuso de sustancias, asesorando a familias, asistiendo en el trabajo, etc.” (Schutt y Garrett, 1992).

Las plazas en albergues se triplicaron en EE.UU. durante la década de los 80, pasando de 100.000 a 275.000 entre 1983 y 1988 (*U.S. Department of Housing and Urban Development*, 1984, 1989). Una evaluación de los albergues llevada a cabo por el *U.S. Department of Housing and Urban Development* (1986) en áreas de población superiores a 25.000 habitantes, encontró junto a una gran prevalencia de servicios de orientación en los

albergues que entre el 80% y el 90% de estos centros proveían a los usuarios de comida, duchas-baños, facilidades para lavar la ropa, televisión y ropero. El 70% de los albergues empleaban a sus propios usuarios en la realización de tareas y uno de cada cinco exigía la participación de los usuarios en actividades religiosas.

En el seno del colectivo formado por las PSH, quienes presentan trastornos de salud mental, han tenido una especial atención a lo que la provisión de servicios. En EE.UU. se presta especial atención a aquellos servicios orientados hacia las PSH que, además, padecen una enfermedad mental o diagnósticos dobles -enfermedad mental y abuso de sustancias psicoactivas-, colectivo que ascendería a más del 20% de las PSH en EE.UU. (Drake, Osher y Wallach, 1991). En la pasada década, los programas especializados para PSH con problemas mentales proliferaron en muchos estados de EE.UU., pero la oferta de servicios continúa siendo escasa en relación a la demanda de los mismos (Dennis, Buckner, Lipton et al., 1991). El CSP (*Community Support Program*) del NIMH (*National Institute of Mental Health*) es un modelo de provisión de servicios para la población de PSH con problemas mentales. Este programa puesto en marcha en 1977 facilita tratamiento a largo plazo y rehabilitación y extiende la cobertura social a las necesidades de esta población. Posteriormente, después de 1987, se enfatizó en algunos aspectos relativos a la prestación de servicios a las PSH con problemas mentales, tales como la importancia y naturaleza del proceso de “enganche”, la necesidad de ampliar las posibilidades de alojamiento o la necesidad de realizar seguimientos más largos (Hopper, Mauch y Morse, 1989).

Los programas de atención a la población de PSH con diagnóstico doble generalmente ofrecen una amalgama de servicios elementales (Hopper, 1989; *National Resource Center on Homelessness and Mental Illness*, 1990), si bien se crea una paradoja: los programas para facilitar alojamiento a los enfermos mentales normalmente excluyen a los consumidores de sustancias psicoactivas y los programas para consumidores de sustancias psicoactivas normalmente

excluyen a los enfermos mentales graves. Este colectivo normalmente busca ayuda sobre aspectos básicos -albergue, comida, ropa, trabajo...-, pero rara vez se interesan en tratamientos de salud mental (Farr, Koegel y Burnam, 1986; Mulkein y Bradley, 1986) lo cual, en muchas ocasiones, es debido a problemas de accesibilidad y aceptabilidad. Para las PSH enfermas mentales con problemas derivados de un abuso de sustancias psicoactivas la vida en los albergues puede generar tensiones, de forma que aunque estos servicios pueden facilitar la realización de evaluaciones o diagnósticos, suelen fallar a la hora de ofrecer una seguridad que motive a sus potenciales usuarios para solicitar plaza (Dockett, 1989).

Por otro lado, se detecta en EE.UU. una elevada proporción de madres con hijos que viven en albergues. Este fenómeno tiene implicaciones importantes para la intervención, entre las que destaca la necesidad de facilitar una ayuda especial para mantener a las madres sin hogar junto a sus hijos (Bassuk, Buckner, Weinred *et al*, 1997; D'Ercole y Struening, 1990). Frente a un cierto descenso en la utilización de albergues entre los años 1990 y 1995 por varones jóvenes solteros, destaca un incremento en el número de madres con sus hijos usuarias de estos dispositivos, especialmente madres de raza negra con niños menores de cinco años (Brooks y Buckner, 1996; Culhane y Metraux, 1999). La percepción de las familias monoparentales sin hogar -formadas generalmente por mujeres con sus hijos- acerca de la ayuda recibida en los albergues indica que, dos tercios de éstas, consideran que las agencias de servicios sociales no les servían de ayuda, mientras que otros dos tercios percibían su estancia en el albergue como de gran ayuda (Bassuk, Rubin y Lauriat, 1986).

Las comparaciones dentro del colectivo de PSH entre mujeres, mujeres con niños y varones solteros, indican que las mujeres con niños son quienes más recurren a los programas gubernamentales (*Aid to Families with Dependent Children* y *General Assistance*) para acceder a recursos de subsistencia, seguidas de las mujeres solteras (Burt y Cohen, 1989b). Las mujeres utilizan los albergues de forma más continuada que los varones,

especialmente aquellas que tienen hijos, lo que podría estar indicando un más fácil acceso a los albergues para las familias. Esto hace que la situación sea muy diferente a la observada a principios de los años ochenta, cuando prácticamente ninguna cama de albergue en los EE.UU. se encontraba destinada a familias.

Junto al crecimiento del número de camas en los albergues a lo largo de la década de los 80 (*U.S. Department of Housing and Urban Development*, 1984, 1989), se observa más interés en desarrollar albergues para familias que para personas solteras. Aparentemente, la imagen de los niños en las calles moviliza recursos en mayor medida que los enfermos mentales o las personas alcoholizadas (D'Ercole y Struening, 1990).

El número de PSH de la tercera edad también parece haberse incrementado substancialmente en los últimos años en EE.UU., donde se estima que las personas mayores de sesenta años constituyen al menos el 10% de la población de PSH (Cohen, Onserud y Mónaco, 1993; Keigher, Berman y Greenblatt, 1991). Es esta además una población de alto riesgo psiquiátrico al encontrarse asociado este al deterioro de su salud. Para los mayores sin hogar se instituyó en 1985 un programa, el "*Bowery Residents' Committee*", restringido a personas mayores de 60 años, que funcionaba seis días a la semana y era desarrollado por trabajadores sociales a tiempo completo y voluntarios. Los edificios del programa contaban con una sala para comer y realizar actividades en grupo y pequeños sitios para leer o trabajar, siendo una de las más importantes funciones del programa facilitar a los mayores un lugar seguro fuera de las calles y una alternativa a los bares, ofreciendo además otros servicios como atención médica, desayunos, comidas o meriendas, atención psiquiátrica, rehabilitación para alcohólicos, grupos de arte, de jardinería, de escritura...

En Australia, la situación es relativamente similar a la observada en otros países desarrollados. Herman, McGorry, Bennet *et al.* (1989) señalan que la falta de albergues supone un serio problema en Melbourne (Australia), sin bien

el número de personas que no puede acceder a estos servicios no alcanza los niveles de los EE.UU. Un factor que contribuye a ello puede ser que las habitaciones individuales baratas resultan más asequibles en Melbourne que en EE.UU. (Bachrach, 1984; Baxter y Hopper, 1984). Los tres principales albergues para varones sin hogar en Melbourne se encuentran localizados en las áreas centrales de la ciudad y tienen un total de 670 camas. Uno de estos albergues tiene un pequeño número de camas para mujeres. También existen pequeños albergues para mujeres y jóvenes en situación de crisis y casas de alojamiento especial inicialmente previstas por la administración para ancianos discapacitados pero que dan acogida también a personas con discapacidades físicas y psíquicas (Herman, McGorry, Bennet et al., 1989).

En Victoria (Australia), a finales de 1995 se contabilizaban 259 servicios de atención a PSH establecidos y gestionados por asociaciones no gubernamentales, que facilitan asistencia a las PSH y donde trabajan aproximadamente 628 personas a tiempo completo. La mayoría de los servicios -68%- facilitaban alojamiento transitorio. El 40% de los servicios se encontraba destinados para PSH jóvenes y el 17% a las mujeres que escapaban de la violencia doméstica. La proporción de servicios destinados a varones solteros -5%-, mujeres solteras -4%- o familias -4%- eran comparativamente escasos (Fropp, 1996). Entre los años 1991 y 1992 se estima que estos servicios proveyeron noches de albergues a más de 600.000 PSH.

Las PSH en Sydney (Australia) utilizaron diferentes tipos de alojamiento, desde casas abandonadas a coches, pasando por formas más estables de alojamiento como casas o pisos de acogida (Hodder, Teesson y Buhrich, 1998). En esta ciudad, un 10% de las PSH sufrieron impedimentos -temporales o permanentes- para acceder a uno o más albergues, no teniendo la mayoría de las PSH la posibilidad de pernoctar en casas de parientes, amigos o familiares.

3.3.1. LA ADAPTACIÓN DE LAS PSH A LA VIDA EN LOS ALBERGUES.

Aunque los albergues se han convertido en dispositivos fundamentales dentro de la oferta de servicios para PSH, el impacto en su vida ha recibido una escasa atención (Bassuk y Lauriat, 1986). La adaptación a la vida en los albergues requiere la adaptación a su vocabulario, la asimilación de su estilo de vida, la aceptación de las ideas y creencias propias de estos lugares... Estos procesos promueven el arraigamiento en el mundo de los albergues, pudiendo alterar, paradójicamente, las posibilidades de entrar en un proceso de normalización (Grunberg y Eagle, 1990) y en ocasiones generando una fuerte estigmatización (Kaplan, 1999).

Observan Grunberg y Eagle (1990) que, pese a la peligrosidad y despersonalización en los albergues de gran tamaño, los usuarios de estos servicios no los abandonan, desarrollando estrategias de afrontamiento para vivir en ellos. Para los usuarios de grandes albergues, estar aislados y sentirse alienados por la sociedad es un modo de vida. Llegan a los albergues con malas experiencias con las figuras de autoridad, lo que dificulta su relación con los trabajadores sociales y demás trabajadores de los centros.

Una vez en los albergues, los usuarios en principio parecen reacios a quedarse, a menudo sosteniendo que ellos “no son como los demás”. Muchos se quedan con la determinación de pasar tan sólo un breve período de tiempo, pero pronto descubren que para sobrevivir tienen que adaptarse. La adaptación a la vida en el albergue requiere que el usuario ingrese en este proceso, utilizando como referencia al resto de los usuarios. Conforme los días van pasando los residentes observan que pueden sobrevivir en ese ambiente. El proceso de adaptación al albergue los va atrapando (Grunberg y Eagle, 1990).

La adaptación al albergue la describe Grunberg y Eagle (1990) como un proceso de aculturación endémica a la vida en los albergues. Ésta se caracteriza por un descenso en las respuestas interpersonales, un abandono de la higiene personal, un incremento en la pasividad y un incremento en la dependencia de otros. Los residentes muestran un decreciente interés en

abandonar el albergue, incrementando su enganche a las rutinas del mismo. Como resultado de ello, los sistemas de soporte basados en la comunidad - familia, amigos...- van desapareciendo de su vida, reforzando su aislamiento en el albergue. Además, los residentes van teniendo una menor autoestima, pérdida de esperanzas, pérdida del interés en autoayudarse y la sensación de que no tienen control de sus vidas.

Ahora bien, las PSH que generalmente se encuentran sin redes sociales antes de acceder a los albergues, una vez en éstos se mezclan con otras personas en su misma situación, que entienden su larga deprivación y su situación actual y, como resultado de ello, muchas veces encuentran una fuente de redes sociales en estos dispositivos (Grunberg y Eagle, 1990).

Las estrategias de las PSH para mantener su identidad social difieren en función de la duración de su estancia en los albergues (Farrington y Robinson, 1999): las PSH que llevan poco tiempo en estos centros no suelen identificarse a ellas mismas como “sin hogar” mientras que quienes llevan largos periodos de tiempo en los albergues se definen con facilidad a sí mismos como tales.

3.3.2. LOS ALBERGUES PARA PSH EN EL ESTADO ESPAÑOL.

3.3.2.1. La implantación de los albergues en España.

Generalmente, en nuestro país se dedican a albergues para PSH, aunque “remozados”, edificios que ya no son útiles para otra cosa. En un estudio llevado a cabo por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) se observa que la mayoría de los albergues habían comenzado a funcionar después del año 1975, siendo únicamente un 20% de nueva planta, indicativo de que se habilitaron para albergues edificios construidos inicialmente con otras pretensiones. En este mismo estudio se observaba que, aunque todos los albergues estudiados comenzaron a funcionar como tales en el presente siglo, algunos se hallaban ubicados en edificios construidos en siglos pasados. El desajuste existente entre las fechas de iniciación de funcionamiento y de

construcción de los albergues y el incremento en la puesta en marcha de albergues que tuvo lugar entre los años 1975 y 1985 -7 de cada 10 albergues comenzaron a funcionar en la década posterior a la transición democrática- indica que la mayoría de los albergues se habilitaron en edificios construidos con otros fines, tal como se desprende de los datos recogidos en la tabla 3.4:

	ADMINISTRACIÓN		IGLESIA		OTROS	
	Construcción	Funcionamiento	Construcción	Funcionamiento	Construcción	Funcionamiento
Antes de 1850	---	---	3	---	2	---
1.850 - 1.875	1	---	---	---	---	---
1.876 - 1.900	---	---	1	---	1	---
1.901 - 1.915	---	---	---	---	4	2
1.916 - 1.930	---	---	---	---	1	---
1.931 - 1.945	2	1	2	1	---	1
1.946 - 1.960	3	3	3	2	---	---
1.961 - 1.975	1	1	5	4	1	4
1.976 - 1.984	1	4	7	18	1	3
Total	9	9	23	25	10	10

Tabla 3.4. Fecha de construcción y de funcionamiento de los albergues, según su dependencia institucional (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

La asistencia específica en albergues a las PSH surge como un fenómeno relativamente moderno, que tiene lugar durante la primera quincena del presente siglo, cuando la situación de “sin hogar” comienza a ser considerada como problema social. Dos centros, dependientes de entidades y personas privadas, son los primeros en hacerse eco del problema entre 1901 y 1915. Posteriormente, iniciativas como la del *Santo Refugio* de Zaragoza, la *Asociación Guipuzcoana de la Caridad* o la *Asociación Valenciana*, por ejemplo, surgen de la colaboración de eclesiásticos y seculares. La Administración Pública y la Iglesia como institución reaccionan de forma posterior, en un primer momento casi en paralelo, construyendo y poniendo en funcionamiento aproximadamente el mismo número de centros, paralelismo que se quiebra a partir de los años 60, momento a partir del cual el saldo de centros construidos y puestos en funcionamiento resulta netamente favorable a la Iglesia, mientras la Administración Pública reaccionó lentamente y con menos recursos. Junto a la preponderancia de instituciones religiosas en la construcción o habilitación de edificios destinados a albergar PSH, hay que resaltar que la mayoría de los edificios no fueron construidos con esa finalidad:

bastantes de ellos son edificios con muchos años de antigüedad, habilitados posteriormente y ubicados en inmuebles antiguos, en su mayor parte viejos conventos.

Los albergues fueron concebidos inicialmente como dispositivos asilares, donde el criterio de intervención se concretaba en la acción de recoger a personas que estaban en la calle. En esta etapa inicial existía un marco jurídico que amparaba este tipo de actuación: Ley de Vagos de 1845, Código Penal de 1850, Ley de Vagos y Maleantes de 1933, Ley del Régimen Local de 1955 o Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970. Algunos Ayuntamientos establecieron ordenanzas específicas para actuar sobre la mendicidad con un criterio represivo, siendo significativas las ordenanzas de la Policía Urbana y Gobierno de la Villa de Madrid de 1973, en las que se establece la prohibición expresa de mendigar en la vía pública. El incumplimiento reincidente de dicha ordenanza se castigaba con el internamiento en los albergues de mendigos (Art. 60). Desde la política institucional de los Ayuntamientos en general, la Ley de Régimen Local de 1955 establecía la necesidad de que las Corporaciones Locales crearan albergues de transeúntes para recoger y dar respuesta a las personas que estaban en la calle.

En 1943 se crea en Madrid el Centro Municipal de Acogida San Isidro, con un claro contenido represivo, realizando un papel específico como institución para garantizar la reclusión de las personas a las que se aplicaba la normativa anteriormente indicada, si bien con anterioridad a este centro el Ayuntamiento de Madrid había promovido centros asistenciales como el campo de trabajo de Villaviciosa de Odón.

A partir de 1978 se suprime la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, momento en el que se derogaron varios capítulos relativos a la represión de la mendicidad, uniéndose a ello el impulso democrático de las nuevas Corporaciones Locales constituidas en dicho período. Como consecuencia se comienza a producir la transición entre una etapa represiva, a una etapa de mera recogida y asilar, para ir dando paso a la nueva etapa

asistencial con contenidos específicos de rehabilitación e inserción social.

3.3.2.2. La función de los albergues.

Si bien los albergues para PSH suponen en la actualidad un recurso social de primera necesidad para quienes carecen de vivienda, facilitar un lugar donde pernoctar no debiera ser la única, ni tan siquiera la principal función que debieran desempeñar. Estos dispositivos pueden cumplir una serie de importantes funciones, si bien no siempre ello resulta posible dadas las características arquitectónicas de muchos centros y la heterogeneidad de la población que albergan. En opinión de Pérez y Blajot (1994), los albergues debieran cumplir un doble papel: articular actuaciones preventivas para evitar que los individuos lleguen a estar en una situación absoluta de desprotección y tener un papel como recurso para la integración de las personas que se ven obligadas a pasar por ellos. Si bien los albergues no son los únicos –y ni siquiera los mejores- dispositivos que pueden aspirar a cumplir este papel, pueden resultar adecuados o no en función de los objetivos de intervención establecidos, las características de las personas que acceden a ellos, el momento de la intervención, etc. (Afán, Floriach y Tortosa, 1994).

Las metas que se plantean los albergues, la mayoría de las veces vienen sesgadas por valores éticos y suelen entretenerse como deseables utopías. La atención a las PSH -objetivo mantenido en la actualidad por la generalidad de los centros- deriva de presupuestos ideológicos diferenciados, tanto en su origen como en la actualidad, y se diversifica en pretensiones pluralmente ejecutadas. Así, el control social por un lado, y la caridad por el otro, configuraron en su inicio los centros dependientes del Estado y de la Iglesia respectivamente. Esta duplicidad de motivaciones en la conducta que han venido observando instituciones públicas y religiosas se apoya en presupuestos ideológicos también divergentes: vagabundos y pobres como personas “peligrosas” o “desagradables” para el orden establecido o como “hermanos” necesitados de ayuda.

Los centros de asistencia social a las PSH son herederos de las dos corrientes ideológicas anteriormente esbozadas. La atención a este colectivo, como personas a “controlar” o “socorrer” (Foucault, 1991), se traduce en pretensiones de reinserción social en determinados centros, tanto laicos como religiosos, si bien esa finalidad viene condicionada en la actualidad más por la concurrencia de agentes sociales que por la dependencia orgánica de los centros. Aquellos centros que cuentan con trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos y otros profesionales con formación en ciencias sociales manifiestan objetivos orientados a la integración social de las PSH, con independencia del talante, laico o religioso, de las instituciones que les proveen de recursos materiales para sus actividades (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985). De esta manera, de igual forma que hay instituciones laicas que se limitan a recoger a las PSH proporcionándolas cobijo y alojamiento en centros pseudocarcelarios, hay instituciones religiosas, centros de “misericordia”, con un equipamiento muy deficitario, que se limitan a “socorrer”.

La prestación de alojamiento, que caracteriza a los albergues, no debiera definir la intervención en estos recursos, ya que supone solamente un elemento del proceso de promoción personal encaminado a la reinserción del individuo que se encuentra en situación de máxima necesidad (Pérez y Blajot, 1994). Esta necesidad es normalmente el resultado de un conjunto de carencias personales -económicas, de entorno, de habilidades- y crisis vitales, que requieren de un tratamiento global. Así, junto al señalado nivel de atención mínima a las PSH, la mayoría de los albergues ofrecen unos servicios más amplios. Además de la cama suelen facilitar -bien de forma directa bien a través de otras instituciones- comida, ropa y algunas ayudas económicas específicas. Otros, en menor número, pretenden incluso ser “el hogar” de las PSH que hacen su vida en la calle. Son centros orientados, prioritariamente, a la satisfacción de necesidades básicas de las PSH de paso o que residen en ellos. La existencia de equipos interdisciplinares en instituciones cuya actividad estaba orientada al “mantenimiento” de la situación, ha introducido modificaciones fundamentales en la orientación de los servicios, pasando a centrarse en: a) lograr una rehabilitación a nivel personal, social y laboral; b)

fomentar conductas adaptativas y socializantes; c) mejorar hábitos interaccionales y habilidades sociales y d) replantear la dinámica relacional con la familia (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Además de ofrecer alojamiento y comida, los albergues pueden convertirse en un lugar seguro donde descansar -proporcionando una cierta intimidad-, permitir ocio y relax con ciertas comodidades -televisión, radio, prensa, juegos de mesa, charlas...-. Pueden facilitar el acceso a redes sociales, a un tratamiento psicológico, de enfermería y sanitario básico, o servir como lugar donde convalecer de enfermedades menores. Del mismo modo, los albergues pueden permitir el acceso a una higiene básica - duchas, baños, retretes, peluquería,...-, facilitar ropa digna o convertirse en lugar de referencia donde depositar objetos personales, poder recibir mensajes telefónicos o correspondencia y ser punto de referencia para la gestión de trámites administrativos con el apoyo de trabajadores sociales. En definitiva, junto a una misión asistencial, los albergues pueden ser un punto de anclaje que oriente al usuario hacia una normalización de su situación.

Si bien en ocasiones los albergues tienen como único objetivo constituirse en un recurso de emergencia orientado a facilitar de forma exclusiva la pernocta, en muchos casos estos dispositivos hacen frente a muchas de las necesidades manifestadas por las PSH. Así llega a darse la circunstancia de que, diseñados normalmente para dar un servicio de duración limitada a personas en tránsito -y dada la falta de recursos especializados-, los albergues actúan a modo de “cajón de sastre” de todas aquellas personas en situaciones problemáticas para las que no existen recursos específicos suficientes, lo que genera una notablemente complejidad en su funcionamiento (Afán, Floriach y Tortosa, 1994; Paddgett, Struening, Andrews *et al*, 1995). Si bien los albergues manifiestan la intención de atender a un colectivo de las PSH con características definidas, resulta patente que este colectivo no viene definido por los criterios rígidamente objetivos de otros grupos sociales precisados de apoyo institucional -raza, edad, sexo, enfermedad, etc.-. Esta imprecisión en los rasgos, unida a la magnitud adquirida por la marginación,

contribuye a que también resulten poco precisos los objetivos sociales de los albergues. Así, los albergues llegan a convertirse en refugio estable de un conjunto de usuarios que, dentro del colectivo de las PSH, presentan circunstancias vitales especialmente complejas que dificultan notablemente su normalización: enfermos mentales, discapacitados físicos, mujeres maltratadas, ancianos abandonados, inmigrantes desasistidos...

Si se tiene en cuenta que, generalmente, los albergues no se encuentran diseñados para permanencias de larga estancia - al presuponerse la existencia de recursos específicos tales como psiquiátricos y atención ambulatoria para enfermos mentales, residencias para la tercera edad, centros para discapacitados físicos, pisos de acogida para mujeres maltratadas, ingresos de inserción para estos colectivos, etc.-, la permanencia de algunas personas a lo largo de años en estos centros ha derivado en que en los albergues lleguen a producirse modificaciones en su sistema para adaptarlo a este tipo de demanda, en vez de atajar el problema de raíz facilitando los recursos pertinentes para poblaciones con estas características. Los dispositivos actuales pretenden un cambio también en otros aspectos: infraestructura y tamaño adecuados, duración flexible de la estancia, etc. (Pérez y Blajot, 1994). Por otro lado se dota de mecanismos internos de rehabilitación, comenzando por la existencia de profesionales suficientes y especializados para las diversas funciones.

Uno de los objetivos que se intenta poner en marcha en España es la creación de una red de albergues para colectivos específicos -mujeres, inmigrantes, etc.- y una serie de centros de acogida polivalentes, sin olvidar la red de recursos asistenciales, de ancianos y de minusválidos y la importante red de acogida para menores en sus diversas modalidades. El funcionamiento adecuado de estos servicios aliviaría la presión sobre los albergues para PSH, facilitando su funcionamiento específico en pos de objetivos de reinserción.

A título orientativo, en la tabla 3.5. se muestran los datos recogidos por Cabrera (2000) sobre la utilización de albergues en España por una serie de

grupos específicos que se apartan del estereotipo tradicional de PSH -varón adulto solitario-:

Nº medio diario de:	Número de centros evaluados	Total de plazas específicas	Total de plazas de cuantos responden	Porcentajes
Menores de 16 años	84	25	2593	0,96
Jóvenes entre 16 y 24 años	79	672	2914	23,06
Temporeros	62	297	2062	14,4
Mujeres	85	248	3277	7,57
Inmigrantes/extranjeros	79	389	3008	12,93
Familias o grupos familiares	58	41	1947	2,11

Tabla 3.5. Presencia en los albergues de determinados grupos de población (Cabrera, 2000).

Un problema de buena parte de los albergues españoles es el hacinamiento. Si bien la media de camas por dormitorios la situaban Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) en 4,16, señala Cabrera (2000) como quince años después siguen primando los dormitorios colectivos de cuatro o más camas, número excesivamente elevado si se consideran las pautas socioculturales vigentes que reconducen a la privacidad. Observa Cabrera (2000) que el 31% de los albergues sólo tienen dormitorios colectivos, el 25% habitaciones de dos o tres personas, el 13% habitaciones de dos o tres personas e individuales, y el 10% sólo habitaciones individuales. La media de camas por dormitorios detectadas por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) en los albergues con diferente dependencia orgánica se encuentra reflejada en la tabla 3.6.:

Centros dependientes de:	Número medio de camas
La Administración Pública	5,25
La iglesia	3,32
Otras entidades privadas	5,39
Total	4,16

Tabla 3.6: Numero medio de camas por dormitorio según tipo de centro (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

La “aglomeración” en dormitorios comunes, en el caso de las PSH, no fomenta la sociabilidad, acentuando por el contrario el aislamiento. En estas circunstancias es esperable que con frecuencia afloren agresividades y frustraciones, aspectos negativos para el mantenimiento de unos niveles de convivencia tolerables. Ello propicia que autores como Martín Barroso, Alba,

Díaz *et al* (1985) señalan que el comportamiento del resto de usuarios sea la principal causa de disgusto en relación a los albergues, manifestada por más del 31% de los usuarios de los mismos.

Mención especial merece la consideración, escasamente realizada, de las dificultades a que deben enfrentarse las parejas en la situación de sin hogar. Dado que los albergues no suelen encontrarse diseñados para la convivencia en pareja, no favoreciendo situaciones de intimidad, surge una dificultad más que sumar a la tradicional falta de una importante fuente de apoyo social como es la pareja (Sarason, Sarason y Pierce, 1990). Mantener las parejas que llegan juntas a la situación de sin hogar o facilitar la creación de nuevas parejas no aparece como objetivo de ningún albergue, los cuales, lamentablemente, mantienen en su normativa medidas que dificultan este tipo de relaciones, impidiendo el refuerzo del apoyo social de que la vida en pareja facilita.

El tiempo de permanencia en los albergues y la capacidad para entrar y salir de los mismos, pueden ser indicadores de la orientación y naturaleza de estos dispositivos.

- Si la permanencia o salida depende del propio usuario, éste goza de un grado elevado de corresponsabilidad, con capacidad de decidir en algo muy importante. Normalmente, esta capacidad proviene de que el centro está organizado de manera que los propios albergados cooperan en los trabajos y en el mantenimiento del centro.
- Si la permanencia depende de la decisión de los responsables del centro, pero éstos no limitan el tiempo sino que lo acomodan a la necesidad del usuario según ésta sea juzgada por los mismos responsables, el centro se orienta a una rehabilitación y promoción benéfica, impulsada y juzgada desde fuera del usuario.
- Si existe un tope fijo de permanencia por el usuario, sea cualquiera su necesidad, se le pone de nuevo ante la puerta, el centro parece entenderse como un cauce de beneficencia ante casos de urgencia, interponiendo una norma objetiva ante posibles casos de picaresca o reinserción.

En la mayoría de los albergues, pese a tener establecido un número máximo de días de estancia por usuario, este número se acomoda a las necesidades de los usuarios percibidas por los responsables, tal como se desprende del trabajo realizado por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985), cuyos datos se reflejan en la tabla 3.7:

Tiempo posible de permanencia:	Porcentajes
Todos los días que ellos quieran	5%
Los días que se considera necesita cada uno	73%
A lo sumo un número de días establecidos como norma	22%

Tabla 3.7: Tiempo que pueden permanecer las PSH en los albergues (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Cabrera (2000) sitúa la permanencia media de usuarios en albergues en 66,83 días, observando una gran variabilidad en los centros a la hora de establecer la duración media de las estancias, tal como se refleja en la tabla 3.8:

Promedio de estancia	Porcentajes
Un día	28%
Dos días	15%
Tres días	10%
Cuatro a seis días	9%
Siete a catorce días	7%
Quince días a un mes	5%
De uno a seis meses	16%
De siete meses a un año	7%
Un año o más	3%

Tabla 3.8. Duración media de la estancia de las PSH en los albergues españoles (Cabrera, 2000).

Muchos centros tienen establecido un tope de estancias que sólo en circunstancias graves es superado y que se orienta a la satisfacción de necesidades primarias y no de reinserción social: la mayoría de los albergues no buscan la reinserción social de las PSH aunque la deseen. Ahora bien, dejar al arbitrio de directores, personal o entidades la determinación del número de estancias que una PSH realmente necesita para su reinserción social, a partir de los criterios que actualmente tienen es, cuanto menos, arriesgado. Parece preciso establecer claramente los objetivos de los albergues y precisar medios y técnicas pertinentes a cada tipo de albergue.

3.3.2.3. La financiación y dotación de los albergues.

En el contexto del desarrollo de la red de servicios sociales, durante los últimos años se ha producido una evolución en un importante número de albergues, los cuales han realizado una profunda transformación en lo referente a la integración y constitución de equipos técnicos de intervención, reconversión de edificios y equipamiento, articulación como dispositivos de intervención en la red de Servicios Sociales, etc. (Pérez y Blajot, 1994).

Sin embargo, la Administración Pública no se comporta generosamente con las PSH. Si bien la legislación española actual obliga a todos los municipios mayores de 20.000 habitantes a disponer de servicios para este colectivo -lo que ha favorecido la aparición de nuevos recursos en los últimos años-, esta legislación no ha llegado a desarrollarse plenamente: sólo las grandes ciudades han implantado servicios sociales especiales para esta población. La inexistencia de censos de servicios o de una estructura de red que unifique los recursos disponibles, hace que no se pueda precisar de modo exhaustivo en la actualidad la situación de los servicios disponibles.

La antigüedad en la construcción de muchos centros, unido al tamaño que presentan, genera problemas en el funcionamiento de algunos albergues, dado que los hay con más de 150 o 200 plazas. El número medio de plazas de los albergues la situaban Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* en 1985 en torno a las 49, señalando la existencia de albergues con más de 200 plazas, número excesivo si se busca una política de reinserción social. Esta media de plazas, en opinión de Cabrera (2000) se ha reducido algo, hasta alcanzar una media de 28,72 plazas por centro. Es indudable que los centros grandes tienen sus ventajas -la reducción de costes económicos, por ejemplo- y si los albergues tuvieran como única función el mantenimiento de la situación, nada habría que objetar. Pero, llevar a cabo procesos de recuperación y reintegración social en estos centros es prácticamente imposible, puesto que, entre otras cosas, dado su gran tamaño la socialización de las PSH decrece aumentando su aislamiento.

En la ciudad de Madrid, prácticamente la totalidad de los albergues incluyen, al menos, servicios de alojamiento, comedor y servicios higiénicos, tal como se observa en la tabla 3.9. El 84% incluyen, además, una asesoría jurídica y/o social mientras que una mayoría (68%) facilitan asistencia psicológica y/o programas de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos. En un nivel más bajo, en la mitad de los casos, se ofrecen servicios médicos y/o de enfermería -siempre de asistencia primaria y derivación a servicios generales- y los de ropero (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998).

Servicios	Porcentajes
Alojamiento, comida y servicios de aseo sanitarios	100%
Asistencia legal o social	84%
Asistencia psicológica y rehabilitación psicosocial	68%
Asistencia médica y servicios de ropero	50%

Tabla 3.9: Tipos de servicios ofrecidos en los albergues (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998).

Como puede deducirse de lo recogido en la tabla 3.9., la situación tanto de atención a las PSH como con respecto a los servicios y programas dispuestos para este colectivo está lejos de ser idónea. De hecho, el sistema adolece de la suficiente flexibilidad e individualización como para ofrecer los apoyos y servicios individualizados de rehabilitación y reinserción social necesarios (Sosin, Schwingen y Yamaguchi, 1993).

La mayoría de los albergues surgieron como obras de "caridad", levantándose y funcionando muchas veces gracias a limosnas en especie o en dedicaciones personales. Cabe señalar sin embargo la existencia de convenios entre el Gobierno Central y las Comunidades Autónomas en el marco del Plan Concertado, en el que se contempla la cobertura local de la Red de Centros de Servicios Sociales (Afán, Floriach y Tortosa, 1994). Ahora bien, en algunos casos los albergues, siendo municipales, no reciben ninguna ayuda por parte de otras Administraciones lo que, dado lo gravoso de la creación de centros para las Administraciones Municipales -especialmente las de menor tamaño- hace difícil, y en muchos casos imposible, la atención más allá de los elementos imprescindibles de acogida, alimentación y ropa.

La mayoría de los albergues en nuestro país dependen de la Iglesia (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1997), lo que podría resultar indicador de cómo la atención a este colectivo a sido dejada a la caridad o al amparo de fundaciones. La titularidad y gestión de los centros de atención españoles a las PSH analizados por Cabrera (2000) aparece reflejada en la tabla 3.10:

	Porcentajes
Cáritas Española	34%
Titularidad y gestión pública	21%
Entidades privadas no religiosas	15%
Otras entidades religiosas	15%
Parroquias	6%
Mixto	2%
No sabe / no contesta	7%

Tabla 3.10. Titularidad y gestión de los centros de atención a PSH (Cabrera, 2000).

Los datos recogidos por Cabrera (2000) sobre la titularidad y gestión de los centro de atención a PSH guardan similitud en algunos aspectos con datos observados en Estados Unidos, donde el 14% de las Agencias que trabajan con PSH dependen de la Administración en tanto que el 85% lo hacen de entidades privadas sin ánimo de lucro (Burt, 1999).

En relación al costo de los servicios ofertados en los albergues, las plazas de los centros dependientes de la Administración parecen resultar más caras que las del resto (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985). Los centros de la Iglesia, que cuentan con la colaboración de voluntarios y retribuciones más bajas para sus empleados, dedican relativamente más dinero para la alimentación de los usuarios y el mantenimiento de los centros. En números absolutos, sin embargo, las cantidades invertidas en estos capítulos por la Administración resultan más elevadas.

Entre las fuentes de financiación de los albergues destaca la Administración Pública: casi todos los albergues de titularidad privada reciben subvenciones a través de órganos locales, periféricos o centrales. También reciben subvenciones de Cáritas, órdenes y congregaciones religiosas,

patronatos privados y personas particulares. En total, la Administración Local subvenciona al 48% de los albergues de titularidad privada. Si a ello se suman las subvenciones de otros organismos de la Administración, el Estado llega a financiar al 60% de los centros. Por su parte, la acción del Cáritas alcanza al 40% de los centros mientras que las órdenes o congregaciones religiosas llegan al 20%. Las ayudas de los particulares también llegan a bastantes centros, constituyendo para el 40% la principal fuente a través de la que llegan los recursos. Esta fuente de recursos apenas tiene incidencia entre los centros públicos, que aparecen totalmente costeados por la Administración (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Además de las discrepancias en los objetivos manifiestos de los albergues y de la reafirmación en la necesidad de orientar los servicios hacia la reinserción social -respetando la opción de la PSH y no postergando la asistencia - y la satisfacción de las necesidades básicas de las PSH, hay otras cuestiones discrepantes también relevantes. Entre ellos es de resaltar la diferenciada posición que las instituciones observan en relación con los medios más adecuados para lograr la reinserción social. Mientras algunas instituciones pretenden formar una especie de "ciudad para los transeúntes marginados", dotada de "todos los servicios", otras prefieren integrar a los transeúntes en la ciudad. Por ello, frente al gran edificio, en el que las PSH pueden encontrar no sólo comida, cama y ropa necesarias sino también asistencia sanitaria, orientación psicológica, asesoramiento jurídico, talleres ocupacionales y servicios recreativos y culturales, emergen centros dispersos con servicios concretos: el piso para comer, dormir y estar, el local con su taller ocupacional para trabajar o aprender un oficio, el local con los servicios de información y orientación, el club para las actividades recreativas y culturales... Son dos métodos con sus respectivos inconvenientes y ventajas, que también pueden llegar a complementarse encontrando cauces de colaboración institucional para apoyar a las PSH en la salida de -o la permanencia en- la situación de sin hogar, libremente escogidas.

En lo que a dotación de los albergues españoles se refiere, todos los

dispositivos analizados por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) contaban con sala de estar y calefacción, siendo la enfermería, capilla y el jardín también frecuentes. Por contra la gran mayoría carecían de instalaciones como zonas deportivas, peluquerías, talleres ocupacionales, bibliotecas o granjas. Para el buen funcionamiento de un albergue, la sala de estar y la calefacción son entendidas como imprescindibles. También destacan en cuanto a percepción de necesidad la biblioteca y el taller ocupacional, mientras que menor necesidad se atribuye a la enfermería, jardín, peluquería, granja y capilla. Muy pocos consideraban necesarias las zonas deportivas.

Los electrodomésticos y otros útiles aparecen como instrumentos ineludibles para agilizar los servicios en los albergues. No obstante, el nivel de equipamiento de los albergues resulta relativamente bajo y, aunque determinados electrodomésticos u otros útiles aparecen en la mayoría o la totalidad de los albergues, el estado en que se encuentran o la insuficiencia de su capacidad y rendimiento reclaman su recambio o incremento en bastantes centros. Señala Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) que más de un tercio de los albergues carecen de algún electrodoméstico, exceptuando el televisor del que disponen el 80% de los centros. Siguen a éste la lavadora y el frigorífico no industrial, el ordenador y la lavadora industrial de ropa. El resto solamente se encuentran en una minoría, más o menos reducida, destacando por su escasa presencia el vídeo, la fotocopiadora, el lavaplatos y el aspirador. En cuanto a la necesidad percibida de éstos, los más necesarios son el frigorífico, televisor y el ordenador, seguidos de la lavadora, centrifugadora, lavaplatos y olla a presión.

Los recursos humanos de los albergues son también escasos, si bien no todos los centros se hallan en similares condiciones: los desequilibrios observados en el equipamiento material se reproducen en el personal. Junto a la general tendencia a la escasez de recursos, también hay centros privilegiados, y estas discrepancias ocurren tanto en los centros públicos como en los de carácter privado (Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998). Las diferencias entre ellos derivan de dimensiones tales como el voluntariado, la “dedicación”

del personal...

En los albergues españoles, el porcentaje de voluntarios (79,8%) es muy superior al de personal asalariado (17,2%), a lo que habría que sumar a quienes hasta el año 2000 realizaban la prestación social sustitutoria del servicio militar (3%). Este porcentaje de voluntariado asciende al 84% en el caso de los centros privados, en tanto que se reduce a un 19% en los de gestión pública (Cabrera, 2000). En cuanto al personal técnico con que cuentan los centros, señala Cabrera (2000) que en el 36% de los centros no hay contratado ningún técnico. En este sentido, el porcentaje de personal voluntario representa el 68,5% en los centros de Cáritas, el 73,1% en los gestionados por otras entidades religiosas, el 44,7% en los privados no religiosos en tanto que representan tan sólo un 4% en los centros de gestión pública.

En los centros privados predomina el personal sin cualificar, en su mayor parte voluntario. Estos centros cuentan con antiguas PSH que, por haber frecuentado durante mucho tiempo el albergue y observado un comportamiento correcto, se han convertido en fijos, y suelen encargarse de tareas como la de portero, organizador del comedor, responsable de limpieza... También cuentan con la colaboración desinteresada de personal voluntario, pero en ocasiones, y debido a la falta de personal, los responsables de los centros invitan a los propios usuarios a colaborar en las tareas domésticas durante su período de estancia.

Los centros religiosos también suelen contar con su propio voluntariado, procedente generalmente de las parroquias cercanas. Este personal, en su mayor parte femenino, se encarga de lavar, coser y planchar ropa, tareas de comedor y limpieza de instalaciones. Pero también entre el voluntariado hay personal técnico: médicos, que se responsabilizan de la atención a los enfermos, abogados que les asesoran, trabajadores sociales y psicólogos que les orientan... Muchos centros privados funcionan gracias al apoyo recibido del voluntariado, porque tanto los usuarios que colaboran en diferentes tareas con los voluntarios no obtienen ningún beneficio económico por su trabajo. El

personal contratado es escaso en estos centros y, para compensar la carencia de personal, los responsables tienen que estar dispuestos en cualquier momento del día y de la noche para atender cualquier eventualidad que se les presente.

Los centros públicos, sobre todo los de reciente creación, cuentan con equipos técnicos y de servicios, entre los que predominan -a veces en exclusiva- el personal funcionario o contratado. Los centros dependientes de muchos Ayuntamientos disponen de cocineros, personal de limpieza, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, ATS... que realizan su trabajo como cualquier otro profesional, con el mismo horario laboral y pagados generalmente por los Ayuntamientos.

En general, el propio personal, cualificado o no cualificado -ya sean centros públicos o privados- entiende que no está suficientemente pagado por el trabajo que realizan, al considerar que las PSH requieren una atención y dedicación singular. Las quejas del personal cualificado también se dirigen a la incapacidad que tienen para dar solución a las demandas de las PSH y la falta de medios de que disponen. Estas personas declaran su impotencia para resolver problemas "irresolubles". Además, el hecho de encontrarse cada día con similares problemas "desgasta", crea frustraciones y esos sentimientos no siempre acaban en la jornada laboral. Los profesionales también echan en falta una mayor coordinación de los centros entre sí y de estos con la Administración. En los centros privados, tanto en los centros laicos como los religiosos, se reclama personal cualificado y sin cualificar, coincidiendo en que este capítulo debe correr a cargo de la Administración (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

De no realizarse una racionalización de los de servicios, el equipamiento actual de los albergues resulta insuficiente. La racionalización comporta, entre otros extremos, la conjunción de servicios homogéneos y evitar la reduplicación de aquellos que ya funcionan. En todo caso, hay que potenciar, con los apoyos pertinentes, los ya existentes. Determinados servicios -asesoramiento,

orientación, apoyos psicoterapéuticos, animación sociocultural- conjuntados en puntos estratégicos, resultan más funcionales y eficaces que los pequeños, escasamente equipados y dispersos. Pocos recursos y “mal avenidos” parece ser la situación actual, porque se anteponen intereses grupales, institucionales o personales -económicos, ideológicos, confesionales o políticos- a la atención a los PSH.

Para poner fin a este apartado puede citarse a Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985), quienes señalaban que:

“Bastantes directores o empleados incluso sueñan con su integración social (de las PSH), asumiendo la realidad como un mal inevitable.... Con los escasos medios materiales y humanos -muchos albergues funcionan gracias a la colaboración de voluntarios- se pueden dar por satisfechos con proporcionar a sus empleados alojamiento, comida, ropa... y no abundantemente.... Los recursos son escasos, la administración pública les da en ocasiones subvenciones que resultan insuficientes ante tanta necesidad. Esta es la respuesta de la sociedad a los transeúntes”.

3.3.3. LOS ALBERGUES PARA PSH EN MADRID.

La ciudad de Madrid cuenta en su área urbana con una población de entorno a tres millones de habitantes. Su condición capitalina, el efecto llamada por su alto grado de desarrollo en el marco del estado español y la concentración de recursos para PSH que en ella existen parecen funcionar a modo de imán para personas sin recursos, excluidas socialmente, procedentes de diferentes puntos del Estado. De hecho, estimaciones basadas en trabajos de campo o estadísticas sobre recursos específicos, ofrecen datos que oscilan entre 1.500 y 3.000 personas en la situación de sin hogar (Ayuntamiento de Madrid, 1996; Cabrera, 1998; Cáritas Española, 1997; Grupo 5, 1994; Infante, Jerónimo y Martín, 1990).

En Madrid, la atención a las PSH desde la gestión pública se basa fundamentalmente en los llamados Servicios Sociales Especializados, cuyos equipamientos de referencia son los albergues. Esta especialización de la atención se produce en función de dos principales variables:

- a. Una mínima vinculación de las PSH con una zona concreta de la ciudad, sin domicilio concreto, que dificulta la atención desde el modelo de atención basado en los trabajadores sociales de la zona.
- b. Una tradición, que se remonta a los años cuarenta, de atención a las PSH desde los albergues, lo que ha venido potenciando respuestas relativamente flexibles en estos dispositivos.

Los albergues de titularidad pública en Madrid son sólo dos: El Centro de Acogida Municipal de San Isidro y el Pabellón de Mayorales de la Casa de Campo.

Centro Municipal de Acogida San Isidro: Fundado en 1943, se creó inicialmente como dispositivo asilar y represivo de respuesta a la mendicidad de las calles de Madrid. Este dispositivo se integra en la Red Pública de Servicios Sociales como servicio social especializado en atender a PSH. Sus actividades van desde el desarrollo de prestaciones básicas -cama, comida...- a la articulación de programas de rehabilitación. Cuenta con 275 camas -192 para varones y 83 para mujeres- y una plantilla de 91 trabajadores formada por técnicos - psicólogos, trabajadores sociales...-, auxiliares de servicios sociales, personal administrativo... Atiende a españoles y extranjeros mayores de 18 años y, las funciones generales que realiza, son:

- Función como centro de acogida polivalente, definido así como un dispositivo complementario y de apoyo a la red de servicios sociales generales y otros dispositivos especializados -centros de atención a drogodependientes, servicios de emergencias sociales, centros de día del Plan Regional de Drogas...-, procurando una serie de prestaciones básicas como alojamiento, manutención, información / orientación, apoyo a intervenciones psicosociales desarrolladas en los servicios que han derivado al usuario, actuaciones de contención o acogida institucional en situaciones objetivas de desprotección, etc. Como servicio complementario responde a colectivos como ancianos abandonados, toxicómanos en tratamiento, perceptores del IMI sin alojamiento en su distrito, extranjeros, mujeres maltratadas, familias en situación de crisis o economías muy

ajustadas, etc.

- Función como centro de acogida especializado en la atención a personas que se encuentran en un proceso más o menos consolidado de desarraigo y marginación, procurando prestaciones básicas y posibilitando programas de rehabilitación/reinserción. En su papel de dispositivo especializado de atención a las PSH se subdivide en una función como dispositivo residencial -para un grupo de acogidos que mantienen una larga estancia y dependencia del centro- y una tarea específica como servicio especializado, es decir, como dispositivo para la rehabilitación e inserción del colectivo de PSH.

Albergue de “Mayorales”: ubicado en la Casa de Campo de Madrid se utiliza únicamente durante la Campaña Municipal contra el Frío, campaña que coincide con los meses más fríos del invierno y, aunque con modificaciones en función de las temperaturas, suele comenzar el 25 de noviembre y finalizar el 31 de marzo. El albergue de Mayorales cuenta con 110 plazas, pudiéndose habilitar 12 plazas más de emergencia. En los pabellones que lo componen se ofrece a los usuarios, además de alojamiento, desayunos, cenas, servicios de ropero, duchas y atención social individualizada.

Entre los servicios de titularidad privada, buena parte de ellos se encuentran asociados en FACIAM -Federación de Asociaciones de Centros para la Integración y Ayuda de Marginados-. Esta asociación se crea en 1981 y su atención en 1998 superaba los 3500 beneficiarios, repartidos entre distintos servicios: alimentación, alojamiento, talleres, seguimiento psicosocial... Los centros que en 1998 integraban FACIAM eran:

- Albergue “San Juan de Dios”: dispone de 230 plazas dedicadas exclusivamente a varones sin hogar. Ofrece a sus usuarios alojamiento, desayunos, cenas, servicio de ropero, información y programas de rehabilitación psicosocial.
- Albergue de “San Martín de Porres”: dispone de 72 plazas para varones carentes de recursos que no hayan estado con anterioridad en otro albergue. Ofrece a sus usuarios alojamiento, desayunos, cenas, servicio de

ropero y talleres informativos, productivos y ocupacionales. Cuenta, además, con un programa de miniresidencias para quince usuarios.

- Albergue “Santa María de la Paz”: con 110 plazas para varones mayores de 45 años, ofrece a sus usuarios, además de alojamiento, tres comidas diarias -desayuno, almuerzo y cena-. Cuenta con un taller ocupacional.
- Albergue de las “Damas Apostólicas”: dispone de 40 plazas para mujeres carentes de recursos. Ofrece a sus usuarias alojamiento, servicio completo de comedor y centro de día.

Pero, entre los centros de titularidad privada, además de los centros integrados en FACIAM en Madrid existen otros centros:

- Albergue “Jesús Caminante”: dispone de 40 plazas -20 para varones y 20 para mujeres-. Pretende ofrecer a sus usuarios una atención integral, incluyendo junto al alojamiento, servicio de comedor y ropero.
- Albergue “Don de María” de la Asociación “Casa para los pobres”: albergue de baja exigencia con capacidad para aproximadamente 80 personas, al que pueden acceder las PSH que se encuentren en situaciones más deterioradas. Ofrece recursos básicos de atención, higiene, aseo personal y asistencia médica y social de carácter primario.
- Albergue de las “Misioneras de la Caridad”: dispone de 40 plazas para varones y mujeres. Pretende ofrecer a sus usuarios una atención de alojamiento integral.
- Alojamiento en pisos de la Asociación “El Olivar”: dispone de cinco plazas en un piso para jóvenes sin hogar de entre 18 y 26 años sin toxicomanías severas.

3.3.4. USUARIOS Y NO USUARIOS DE ALBERGUES.

Conocer la razón por la que algunas PSH no utilizan los albergues resulta de gran interés, máxime si se pretende acercar estos servicios a todo el colectivo a que, en principio, se encuentran orientados. Ahora bien, la forma de enfocar esta cuestión presenta, al menos, una doble vertiente. Por un lado, puede intentarse aislar pautas diferenciales de ambos colectivos -usuarios y no

usuarios de albergues-, tratando de indagar de esta forma sobre las posibles características que, de alguna manera, pueden condicionar la no utilización de estos servicios. Por otro lado, se puede indagar directamente sobre los motivos esgrimidos para no utilizar los servicios por parte de los no usuarios, alternativa que reflejará la opinión directa de los no usuarios sobre los motivos que les impulsan a adoptar tal actitud.

En lo referente al número de PSH que rehusan utilizar albergues, aunque este aspecto ha sido poco estudiado, Wrigth, Rubin y Devine (1998) señalan que, en EE.UU., el ratio entre PSH durmiendo en la calle y albergada puede ser de 1 o 2 frente a 1, mientras que por su parte Burt y Cohen (1989b) estiman que 50 personas no utilizan estos servicios por cada 100 que sí lo hacen. Marpsat y Firdion (2000) en un estudio realizado en París encuentran que el 6% de los varones entrevistados y tan sólo unas pocas mujeres durmieron los tres días anteriores a la realización de la entrevista en la vía pública, zonas comunes de un inmueble o en un vagón de tren -en marcha o parado-.

Dado que la selección de una muestra pura de PSH que nunca hubieran recurrido a albergues resulta notablemente complicado, algunos estudios se han limitado a realizar distinciones entre muestras de usuarios de alta, moderada o baja frecuencia de utilización de albergues (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989).

Generalmente se observa que, al realizarse comparaciones entre usuarios y no usuarios de albergues, las diferencias entre ambos grupos no resultan especialmente evidentes (Hodder, Teesson y Buhrich 1998; Roth y Bean, 1986), detectándose de igual forma muy pocas diferencias entre usuarios de alta, moderada y baja frecuencia de utilización de albergues (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989). De ello podría deducirse que el nivel de utilización de albergues o el porcentaje de tiempo utilizando servicios no parece ser una variable potente para clasificar las PSH en función de sus características y necesidades (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989; Roth y Bean,

1986). Sin embargo, algunos trabajos han centrado la atención en las diferencias entre usuarios y no usuarios de albergues.

Así, las diferencias en relación al género parecen variar en función de condiciones locales, al menos en las investigaciones realizadas en EE.UU. Se observa la existencia de un menor porcentaje de varones que de mujeres usuarias de albergues en San Luis -Missouri- (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989) o Milwaukee (Rosnow, Sahw y Concord, 1986), mientras que en Ohio, el género parece dividirse equitativamente entre usuarios y no usuarios de albergues (Roth y Bean, 1986). En París el porcentaje de mujeres que duermen en la calle es sensiblemente inferior al de varones en la misma situación (Marpsat y Firdion, 2000).

Aunque las minorías tienden a encontrarse sobrerrepresentadas entre las PSH en los EE.UU., el porcentaje de hispanos y afroamericanos entre usuarios y no usuarios de albergues es aproximadamente el mismo, existiendo una cierta tendencia, no significativa, a la sobrerrepresentación de los primeros entre los no usuarios (Roth y Bean, 1986).

Resulta obvio que quienes no utilizan albergues para pernoctar se ven en la obligación de recurrir a otros lugares. Este hecho fue constatado por Hannappel, Calsyn y Morse (1989) en albergues de San Luis (Missouri), observando que en especial aquellos sujetos que utilizan los albergues con una baja frecuencia dormían en lugares como parques, edificios abandonados o bajo los puentes. En París, quienes no utilizan albergues parecen buscar refugio en estaciones de ferrocarril, estaciones de metro, soportales, aparcamientos subterráneos o vagones (Marpsat y Firdion, 2000b).

Son pocas las diferencias reflejadas en la literatura entre usuarios y no usuarios de albergues en lo que a su historia laboral se refiere. Parece que el estrato social de procedencia de las PSH puede condicionar la dependencia de los albergues, observándose que entre las PSH más desprovistas de recursos socioeconómicos se encuentra un mayor porcentaje de usuarios (Martín

Barroso, Alba, Díaz et al, 1985). Los usuarios de albergues presentan una mayor tendencia a haber tenido un trabajo a lo largo de su vida (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989), tendiendo a estar períodos de tiempo más largos empleados que los no usuarios de albergues (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989; Roth y Bean, 1986), si bien hay autores que han encontrado el patrón opuesto (Rosnow, Shaw y Concord, 1986). Por su parte, los usuarios más habituales de albergues tienden a desempeñar, en mayor medida que los usuarios de baja o moderada frecuencia, actividades de una mayor categoría laboral. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos en lo referente al nivel de desempleo (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989).

Las diferentes trayectorias vitales que pudieran haber seguido usuarios y no usuarios de albergues han sido poco estudiadas hasta el momento. Los estudios que de forma marginal han abordado este tema sugieren que la permanencia en la situación de sin hogar acentúa la dependencia de los albergues, observándose que a la mayor antigüedad en el conocimiento de estos servicios corresponde una mayor frecuencia de utilización de los mismos (Martín Barroso, Alba, Díaz et al, 1985). En este sentido, las PSH que utilizan de forma poco frecuente los albergues habitan en direcciones fijas durante períodos de tiempo menores que quienes utilizan estos servicios de una forma moderada o alta (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989). Toro y Wall (1991) observaron que quienes pernoctaban en la calle sin recurrir a los albergues provenían de un entorno socioeconómico más pobre, habiendo estado más tiempo en la situación de sin hogar. Finalmente, cabe señalar que los jóvenes sin hogar que no utilizan albergues parecen realizar en mayor medida conductas de riesgo relacionadas con el contagio de VIH (Clatts y Davis, 1999).

En lo que a hospitalización psiquiátrica se refiere, diferentes investigaciones (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989; Mulkein, Brandley, Spence, et al, 1985; Roth, Bean, Stefl et al, 1985) no encontraron diferencias entre usuarios y no usuarios de albergues. Sin embargo, se han ofrecido resultados conflictivos en lo que a síntomas psiquiátricos se refiere. Roth, Bean, Stefl et al

(1985) en EE.UU. o Hodder, Teesson, Buhrich (1998) en Australia señalan que usuarios y no usuarios de albergues no difieren significativamente en lo que a síntomas psiquiátricos de malestar se refiere. Por su parte Rosnow, Shaw y Concord (1986) indican que presentaban síntomas psiquiátricos un mayor porcentaje entre los no usuarios, mientras que Hannappel, Calsyn y Morse (1989), encuentran un mayor número de problemas mentales entre los usuarios de baja frecuencia de utilización de albergues que entre los de alta frecuencia. La experiencia clínica sugiere que la adhesión al proceso terapéutico resulta más difícil entre los sujetos usuarios infrecuentes de albergues que entre los usuarios de alta frecuencia (Hannappel, Calsyn y Morse; 1989). Morse y Calsyn (1986) señalaban que las PSH tienen necesidades en múltiples áreas y que las estrategias de intervención deben implicar diferentes organismos necesitándose un activo sistema de manejo de casos. Aunque la experiencia clínica sugiere que el enganche inicial a los servicios es un proceso lento y muy sensitivo, la experiencia empírica indica que las PSH que se encuentran en la calle y las usuarias de albergues tienen tipos similares de necesidades de servicios a largo plazo.

La capacidad de movilidad geográfica de las PSH parece influir en su dependencia de los albergues: quienes no se pueden ya mover, o lo hacen con dificultad, dependen plenamente de dos o más servicios, llegando muchos de ellos a residir de forma estable en los albergues (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Si bien algunos autores han especulado sobre el hecho de que de forma general muchas PSH no utilizan los albergues porque tienen unas buenas redes sociales informales (Mulkein, Brandley, Spence *et al*; 1985), Roth y Bean (1986) encontraron que las PSH no usuarias de albergues tenían menos “personas con las que contar” que quienes utilizaban albergues, postura apoyada por Hannappel, Calsyn y Morse (1989), quienes predicen que tendrán una mayor necesidad de apoyo social los no usuarios de albergues. Señalan por su parte Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) que las PSH que conviven con sus familias utilizan menos los servicios que aquellos que manifestaban

otras formas de convivencia, de lo que extraen que el funcionamiento y la estructuración de los servicios se encuentra orientada a la atención de casos individuales, por lo que las unidades familiares se procuran por su cuenta los recursos que les possibilitaban satisfacer, simultáneamente, sus necesidades y la convivencia familiar. Por su parte, Hannappel, Calsyn y Morse (1989) indican que los usuarios de baja frecuencia de albergues expresan una mayor necesidad de apoyo social que los usuarios de alta o moderada frecuencia, no existiendo diferencias significativas entre los tres grupos en lo referente a otras medidas de apoyo social. En cualquier caso, el apoyo social aparece como un factor de gran relevancia a la hora de llegar a encontrarse en la situación de sin hogar (Jackson-Wilson, y Borgers, 1993; VanGeest, Johnson y Warnecke, 2000).

Finalmente, cabe señalar la gran relación existente entre el uso de albergues y la utilización de otros servicios (De Rosa, Montgomery, Kipke *et al.*, 1999; La Gory, Fitzpatrick y Ritchey, 1990; La Gory, Ritchey y Fitzpatrick, 1991; Marpsat y Firdion, 2000a) encontrándose los no usuarios de albergues generalmente fuera de el “circuito de ayudas sociales”.

3.4. LOS COMEDORES SOCIALES.

Si bien existe una importante tendencia a considerar que el albergue es la principal necesidad de las PSH y que la falta de un lugar en que cobijarse define su condición, excepto con bajas temperaturas es la comida realmente la necesidad más inmediata y perpetua: muchos PSH sobreviven sin albergue, pero ninguno puede hacerlo sin comida (Burt y Cohen, 1989a). Y, en general, parece que las PSH comen pobremente: si la media en EE.UU. es de tres o más comidas diarias, los PSH comen dos veces o menos cada día y muchos de ellos manifiestan que, con cierta frecuencia o casi siempre, no tienen suficiente para comer (Burt y Cohen, 1989a; Dehavenon y Benker, 1989).

La media de grupos nutritivos esenciales presentes en la dieta de las

PSH en EE.UU. resulta sustancialmente más baja que las recomendadas por el *U.S. Department of Agriculture* en el *Human Nutrition Information Service* (1986), que señala cinco grupos esenciales de comida: cereales, frutas, hortalizas, carne y productos lácteos. En las PSH, la media se sitúa en 3,30 grupos para las mujeres, 2,95 para las mujeres con niños y 2,56 para los varones. La ventaja relativa de las mujeres en este aspecto se debe, en parte, a la mayor cantidad de ellas que viven en albergues donde se sirven tres comidas diarias (Dehavenon y Benker, 1989). Así, y al menos en EE.UU., las PSH no consiguen suficiente para comer o tener dietas suficientemente variadas o de suficiente calidad para mantener una buena salud (Burt y Cohen, 1989; Rafferty, 1990; *U.S. Conference of Mayors*, 1989)

En París, las PSH no comen de forma regular todos los días, aspecto que puede estar incidiendo directamente en su estado de salud. Señalan Marpsat y Firdion (2000a) que durante la semana anterior a la realización de su trabajo solamente el 59% de los varones y el 78% de las mujeres comieron todos los días al mediodía -comprendiendo en este porcentaje a quienes comieron únicamente un bocadillo-. De forma general, las mujeres en París comen más regularmente que los varones, tal vez por la existencia de un mayor número de servicios sociales orientados a las mujeres y una mayor utilización por parte de éstas de otras soluciones -autoservicios, casas de amigos o familiares, preparación de su propia comida...- (Marpsat y Firdion, 2000a).

3.4.1. LOS COMEDORES SOCIALES EN ESPAÑA.

Señala Cabrera (2000) que en España resulta relativamente sencillo encontrar donde alimentarse, si bien

“Otra cosa diferente será considerar en qué condiciones se les da de comer a las personas que necesitan acogerse a los comedores gratuitos como vía para subsistir o reducir los costes de la mera supervivencia” (Cabrera, 2000).

En general, la mayor parte de los comedores sociales españoles suelen

encontrarse ubicados en locales fijos, diseñados específicamente como comedores o integrados en albergues. De igual forma, se observa la existencia de una gran variedad de lugares donde se facilitan bocadillos -parroquias, colegios, Ayuntamientos, comisarías de policía...- y, aunque de forma marginal, también se observan estrategias itinerantes de reparto de comida o de bocadillos -furgonetas, rutas a pie...-.

Pese a que en muchos comedores sociales subsiste un estilo meramente asistencial -limitándose a facilitar comida sin la presencia de técnicos-, sin abandonar el componente asistencial y “nutritivo” sobre el que descansan afortunadamente van siendo cada vez más los lugares en que la ocasión de ofrecer comida se aprovecha para ofrecer otro tipo de ayudas sociales.

A partir del trabajo desarrollado por Cabrera (2000) sobre una muestra de comedores sociales repartidos por la geografía española, se observa que más de la mitad de los mismos se encuentran asociados a servicios de alojamiento, sin que ello signifique que todos los usuarios del comedor se encuentren alojados. Por el contrario, tan sólo el 63% de los usuarios de comedores sociales asociados a albergues se benefician del alojamiento.

En el 45% de los comedores sociales españoles se realizan las tres comidas principales -desayuno, comida y cena- Cuando no se dan todas las comidas, lo más habitual es que se facilite la comida del mediodía -19% de los comedores-, seguido de la comida y la cena -10% de los comedores- y el desayuno y la cena -9% de los comedores-. En el 4% de los comedores se facilita sólo la cena, en el 3% desayuno y almuerzo y en un 2% únicamente el desayuno (Cabrera, 2000). Así pues, el desayuno parece la comida peor atendida. Para quienes no se encuentran alojados en albergues, resulta más fácil almorzar que cenar y cenar que desayunar: por cada persona que desayuna, hay 2,2 que almuerzan a mediodía y 1,54 que cenan. Cabe pensar que, una gran parte de las PSH, o bien se arreglan como pueden para desayunar y cenar o bien deben contentarse con la comida del mediodía.

3.4.1.1. Número de plazas y usuarios de los comedores sociales.

Resulta difícil establecer el número de plazas de comedor social existentes en la red de atención a PSH, pues en ocasiones, por ejemplo, se da la circunstancia de que los servicios de acogida utilizan para facilitar comida a sus usuarios los servicios de algún bar con el que tienen acuerdos. Pese a ello, estima Cabrera (2000) que en España puede haber entre 19.000 y 24.000 plazas de comedor para personas con pocos recursos económicos.

La mayoría de los comedores sociales españoles -63%- no se encuentran orientados de forma preferentemente a ningún colectivo particular. El resto manifiestan encontrarse dirigidos a un abanico de colectivos muy variados. Así, los gestores de los centros señalaba que éstos se encontraban principalmente orientados a cubrir las necesidades de transeúntes -33,3%-, sin techo -16,7%-, varones -13,3%-, toxicómanos -13,3%-, alcohólicos -13,3%-, personas que carecen de recursos -11,7%-, inmigrantes -10%-, etc. (Cabrera 2000).

De igual forma, mientras que en el 46% de los comedores sociales no presenta restricciones al acceso, el 48% manifiestan algún tipo de restricción, entre las que podría destacarse: compañía de animales -51,5%-, toxicómanos -22,7%-, consumo de tóxicos -16,5%-, estado ebrio -12,4%-, conductas violentas -9,3%-, etc. (Cabrera, 2000).

En general, los comedores sociales parecen ser más accesibles a las poblaciones distintas de la considerada más "típica": varón adulto desempleado. Así, y probablemente por la inexistencia de dispositivos específicos, en los comedores sociales los temporeros suponen el 17% de los usuarios, las mujeres el 13% y los grupos familiares el 4,7%. Por su parte, los inmigrantes y extranjeros se están convirtiendo en la minoría más importante de las que acuden a los comedores sociales, llegando a ser el 24% de sus usuarios.

3.4.1.2. Apertura y cierre de comedores sociales.

Observa Cabrera (2000) que, por lo general, los comedores sociales presentan una cierta estacionalidad, siendo los meses de julio y agosto en los que menos se utilizan, mientras que la actividad se recupera después del verano, a partir de octubre, y se mantiene alta durante todo el invierno. Pudiera ser que para, quien está en la calle, resulta más fácil estar a la intemperie cuando hace buen tiempo, incluso llegada la hora de comer.

Habitualmente los comedores permanecen abiertos durante todo el año (54%), pero, al menos una cuarta parte cierran por vacaciones. Normalmente, el cierre tiene una duración de un mes, y suele coincidir con el de agosto, aspecto que podría explicar en parte la apreciación de una menor demanda durante los meses estivales. En cualquier caso, no queda claro si se cierran los comedores porque baja la demanda o, si por el contrario, la demanda disminuye como efecto del cierre estival (Cabrera, 2000).

En cuanto al horario de las comidas, aspecto que puede suponer un obstáculo para la normalización del estilo de vida de muchas PSH, se observa que, en general, en los albergues españoles el horario no son coincidentes con los usos sociales habituales en nuestro país, lo que convierte a los usuarios en seres atípicos.

Sin diferencias en los horarios en que se sirve la comida a lo largo de la semana -independientemente de que sean días laborales o festivos-, se observa una reducción en los dispositivos que permanecen abiertos en sábados y domingos, reducción especialmente grave en las comidas del mediodía. En general, el desayuno y la cena permanecen mejor cubiertos que el almuerzo los fines de semana (Cabrera, 2000), lo cual puede deberse, sobre todo, al hecho de que estas dos comidas suelen ir ligadas al alojamiento en centros que proporcionan un lugar donde pasar la noche.

La comida del mediodía resulta especialmente difícil de conseguir los

sábados, día en que cierran el 13% de los comedores y, sobre todo, los domingos, en los que cierran una cuarta parte. En general, el sábado se siguen sirviendo desayunos en igualdad de condiciones a los demás días, si bien el domingo se reducen en un 12%. La cena se reduce en un 7% los sábados y un 12% los domingos (Cabrera, 2000). Comer se vuelve más difícil para las PSH durante el fin de semana y, muy especialmente, los domingos.

El desayuno habitualmente se sirve en los horarios que son comunes en nuestro país: los días laborables abren entre las 7:30 y 9:00 horas y cierran entre las 8:00 y 10:00 horas -en el 86% de los centros- (Cabrera, 2000). Este hecho hace posible, por ejemplo, que una persona que se encuentra alojada en un centro pueda incorporarse a un puesto de trabajo si se le presenta la ocasión habiendo desayunado.

El 60% de los centros que sirven la comida a mediodía empiezan a hacerlo a las 13:00 horas o antes, cerrando a las 14:00 horas o antes el 55% de los centros. Sólo el 38% permanecen abiertos y sirviendo comidas entre las dos y las tres de la tarde (Cabrera, 2000), tramo que suele ser el mayoritariamente adoptado por los centros de trabajo para la comida de sus empleados. Por ello, una PSH difícilmente puede seguir comiendo a mediodía en el momento en que empieza a trabajar.

En cuanto a la hora de la cena, el tramo horario más habitual suele estar comprendido entre las ocho y las nueve de la noche. A las diez de la noche ya han cerrado más del 70% de los centros que sirven comidas. No son infrecuentes los horarios anteriores a las ocho de la tarde, por lo que teniendo en cuenta los usos españoles, más que de una cena habría que hablar de una especie de merienda retrasada. Un 24% de los comedores abren antes de las ocho de la tarde y, para cuando dan las nueve, ya han dejado de servir la cena y cerrado el 55% de los centros.

3.4.2. LOS COMEDORES SOCIALES PARA PSH EN MADRID.

En Madrid se observa, junto a la existencia de comedores sociales independientes de otros dispositivos –todos ellos de gestión privada-, comedores integrados en albergues que en ocasiones ofrecen servicio de comedor a personas externas no alojadas en ellos. Entre estos últimos aparecen dispositivos tanto de gestión pública como de gestión privada.

Los comedores sociales que funcionan en la ciudad de Madrid, todos ellos de gestión privada, son:

- Comedor "María Inmaculada": ofrece 40 servicios de comedor a varones y mujeres, si bien al disponer de autosevicio facilita alimentos a cerca de 450 personas. Junto a la comidas ofrece servicio de asistencia social a sus usuarios.
- Comedor "Ave María": en turnos de 60 personas facilita en torno a 300 desayunos a varones y mujeres. Dispone de un servicio de ropero.
- Comedor "San Francisco": ofrece diariamente, únicamente a varones, en torno a 100 comidas y cerca de 130 bocadillos.
- Comedor "Damas Apostólicas": facilita en torno a 110 comidas diarias a varones.
- Comedor "Madre Teresa de Calcuta": ofrece en torno a 150 cenas los días de diario y 200 los domingos, tanto a varones como a mujeres.
- Comedor de la "Hermandad el Refugio": ofrece diariamente a varones y mujeres 56 cenas y en torno a 150 bocadillos. Los domingos reparte bolsas de comida. Dispone de servicio de ropero y asistencia social.
- Comedor "San Alfonso": Facilita de lunes a sábados en torno a 50 comidas diarias a varones y mujeres. Los domingos únicamente ofrece bocadillos. Dispone de un servicio de ropero que funciona de lunes a jueves en horario de mañana.
- Comedor de Exiliados: destinado para solicitantes de asilo o refugio que pasan por Cruz Roja, facilita todos los días de la semana comidas y bocadillos para entorno a 500 varones y mujeres. Los fines de semana

facilita bolsas de comida.

Junto a los comedores sociales, se pueden obtener bocadillos en diferentes lugares de Madrid, entre los que se encuentran:

- “Terciarias Capuchinas”: además de bocadillos facilitan comida caliente si se concierta una cita previa.
- “Hermanitas de los Pobres”: reparte en torno a 150 bocadillos diarios.
- “Hijas de la Caridad”: reparte en torno a 50 bocadillos diarios.
- Residencia “Tagaste”: reparte en torno a 40-50 bocadillos diarios.
- Colegio “Sagrado Corazón”: reparte en torno a 30 bocadillos diarios.
- Misioneras del “Santo Sacramento”: reparte en torno a 120 bocadillos y cafés diarios en horario de desayuno. Dispone de ropero.
- Colegio “Divina Pastora”: reparte en torno a 50 bocadillos diarios con excepción de los domingos.
- “Solidarios Para el Desarrollo”: reparte por las calles en rutas establecidas en torno a 70 cafés y bocadillos diarios en horario de noche.

Los albergues que junto al alojamiento facilita servicio de comedor en la ciudad de Madrid son:

- Centro de Acogida Municipal “San Isidro”: ofrece servicio de comedor diario -desayuno, almuerzo y cena- a los 279 usuarios del albergue y a más de 20 personas externas al alojamiento, tanto varones como mujeres.
- Albergue del Pabellón de “Mayorales”: durante el período invernal facilita diariamente desayuno y cena a los entorno a 110 usuarios del servicio de albergue, tanto varones como mujeres.
- Albergue “San Juan de Dios”: ofrece diariamente desayuno y cena a los en torno a 230 varones usuarios del servicio de alojamiento.
- Albergue “San Martín de Porres”: ofrece diariamente desayuno y cena a los en torno a 70 varones usuarios del servicio de alojamiento.
- Albergue “Santa María de la Paz”: ofrece tres comidas diarias a los en torno a 110 varones mayores de 45 años usuarios del servicio de alojamiento.
- Albergue “Jesús caminante”: ofrece tres comidas diarias a los en torno a 40

varones y mujeres usuarios del servicio de alojamiento

- Albergue “Damas Apostólicas”: ofrece tres comidas diarias a las 40 mujeres usuarias del servicio de alojamiento y en torno a 110 almuerzos diarios a varones y mujeres no alojados en el albergue.
- Albergue “Misioneras de la caridad”: ofrece tres comidas diarias a los 40 varones y mujeres usuarios del servicio de alojamiento

3.5. LA POLÍTICA DE RENTAS MÍNIMAS: EL INGRESO MADRILEÑO DE INTEGRACIÓN (IMI)

En la búsqueda de fórmulas apropiadas para paliar la continua emergencia de nuevas necesidades, señala Ayala (1994) que los sistemas de rentas mínimas han centralizado gran parte de la atención, dada la insuficiencia de los tradicionales sistemas contributivos.

Entre 1989 y 1992 nacieron en la mayor parte de las comunidades autónomas una serie de programas conocidos popularmente bajo el nombre de “Salario Social”. Estos programas, dirigidos a luchar contra las situaciones de necesidad económica más extrema, han tomado formas similares a las llamadas Rentas Mínimas de Inserción (Aguilar, Laparra y Gaviria, 1994). Como tales, inciden sobre un sector del sistema general de garantía de ingresos, el de las personas en edad de trabajar, que el estado por diferentes razones ha renunciado a completar. Estos programas constituyen una realidad peculiar, caracterizada por su difícil encaje en un sistema de protección social parcialmente descentralizado.

En la Comunidad de Madrid funciona el Ingreso Madrileño de Integración (IMI), el cual apenas parece haber llegado a las PSH, cuyo acceso al IMI estaba previsto como difícil precisamente por algunas de las características de este colectivo -indocumentados, no empadronados, sin domicilio y en muchos casos, con trastornos mentales que los convierten en auténticos incapacitados o discapacitados no reconocidos como tales- (Consejería de Integración Social,

1994).

Las dificultades de acceso estaban previstas, por lo que a lo largo del diseño del programa se habían elaborado estrategias tendentes a facilitar la incorporación al mismo de estas tipologías de aislados y desarraigados. Una de las ideas barajadas fue la denominada Capta-IMI, que consistía en la creación de un equipo de profesionales que contactara en las calles con los candidatos potenciales y los acompañasen en el proceso de incorporación al programa. La otra idea barajada fue el IMI-cama, pensada para el aumento de camas destinadas a las PSH, que podrían acceder a ellas con un mínimo de complicaciones burocráticas. Sin embargo, en el año 1993 sólo unas 20 PSH que no recurrían a albergues se encontraban cobrando el IMI.

En ese mismo año 1993, aproximadamente unas 300 PSH residentes en albergues o usuarios de comedores sociales cobraban el IMI. Se trataba de la “élite” de los desarraigados, que se estabilizaron como residentes en diversos albergues.

Centros	Nº de perceptores del IMI
Centro de Acogida Municipal de San Isidro	85
San Juan de Dios	70
CEDIA	50
Comedor María Inmaculada	30
San Martín de Porres	10
Otros albergues o comedores	85
Residencia Santa María de la Paz	0
TOTAL	330

Tabla 3.11. Número de PSH perceptoras del IMI en los albergues de Madrid (Consejería de Integración Social, 1994).

Estas personas, tras años de relación con los equipos de trabajo social, consiguieron un cierto grado de integración y estabilidad en cada uno de sus respectivos albergues, realizando en algunos casos pequeños trabajos y colaboraciones en el mantenimiento y limpieza de los propios centros, tratándose muy frecuentemente de prejubilados y/o discapacitados, faltos de una salud suficiente, por lo que ya estaban cobrando en ocasiones una pensión FAS -unas 22.000 pesetas al mes- en el año 1993. Su incorporación al IMI supuso unas 14.000 pesetas más al mes y algunos cambios en su situación

(Consejería de Integración Social, 1994).

En algunos albergues se pensó que con el dinero del IMI sus usuarios podrían ser desinstitucionalizados y pasar a vivir en pensiones. Sin embargo, dados los precios de estas, el IMI difícilmente llegaba a cubrir el coste del alojamiento fuera de los albergues. Así pues, el IMI no ha servido para disminuir la demanda de albergues, excepto de forma inicial en el caso del Centro de Acogida de San Isidro, donde se optó por desinstitucionalizar a parte de los que percibían el IMI pagándoles el importe de las pensiones, quedándoles disponible para cubrir otras necesidades el importe del IMI. Algunas de estas personas dormían fuera del Centro de Acogida de San Isidro, en pensiones y, durante el día, colaboraban en pequeñas tareas de funcionamiento del centro. En otros casos sólo existía una relación periódica de seguimiento.

Así pues, al IMI se incorporaron los más arraigados de los desarraigados, los “enchufados” de los centros de acogida, a veces los más dóciles, aquellos que en cierto modo ya estaban avanzados en un proceso de integración en los centros, e incluso disponían de las pensiones FAS (Consejería de Integración Social, 1993).

La cifra de las PSH en Madrid sigue siendo más o menos la misma que antes de comenzar el programa IMI. Ni hay nuevas plazas en los centros de acogida, ni nuevas camas, ni la gente de la calle ha podido entrar en los albergues, pues o no quieren o estaban vetados por sus características conflictivas, sin documentación, sin empadronamiento y en ocasiones sin capacidad mental suficiente como para tramitar su incorporación al IMI. La inclusión de las PSH en el programa IMI ha resultado un fracaso, y no es aceptable que se sustituya la prestación y el proceso de trabajo de integración con estas personas por una operación de camuflaje y expulsión hacia la periferia. Unos años después de la puesta en marcha del IMI, éste no había llegado a los más excluidos ni había erradicado la mendicidad callejera, habiendo aumentado los drogodependientes terminales no incorporados al IMI.

En los comedores sociales más importantes de Madrid se constató un aumento de la demanda un año después de implantado el IMI (Consejería de Integración Social, 1993) de en torno al 15%. La condición de los madrileños más pobres, clientes de los comedores, se agrava al entrar en competencia con las nuevas formas de pobreza y necesidad de comedores representadas en los jóvenes inmigrantes. Las mujeres sin techo no se han incorporado al IMI.

Una parte de los desarraigados perdieron su carnet de identidad y, como también perdieron su vivienda, no tienen domicilio, por lo que no tienen empadronamiento, habiendo perdido la ciudadanía local. Conseguir un carnet de identidad para un desarraigado supone unos dos o tres meses de tiempo, en caso de tener éxito, resultando más difícil ser admitido en el empadronamiento. Solo un 10% aproximadamente de las PSH en Madrid se integraron en el IMI en su primer año de funcionamiento. La mayoría de los desarraigados de la Comunidad de Madrid se encuentran en el municipio de Madrid, en los distritos del centro, que soporta una sobrecarga de demandas de servicios sociales, lo que hace que en muchos casos ni se acerquen al centro de servicios sociales o, cuando se acercan, se les dé cita para uno o varios meses o se les pida una documentación que, aunque simple, resulta difícil conseguir.

3.6. OTROS SERVICIOS UTILIZADOS POR LAS PSH.

3.6.1. ROPEROS Y BAÑOS PÚBLICOS.

Las PSH hacen especial uso de servicios que, como los roperos o baños públicos, no se encuentran específicamente destinados a este colectivo. Sin embargo, por la especial importancia que tienen estos servicios en la cobertura de ciertas necesidades básicas -ropa, protección contra el frío, higiene...-, en el presente capítulo se realizarán algunos comentarios sobre los mismos, incluyéndose posteriormente su análisis en la parte empírica del trabajo.

Señala Cabrera (2000) que el 64% de los albergues españoles tiene servicios de ropero y la totalidad de los mismos disponen de baños. Asimismo, el 66% de los comedores sociales en nuestro país tienen ropero y el 70% servicios de higiene. Pero, junto a ellos, los servicios de ropero o baño público en ocasiones se encuentran ubicados independientemente de otros servicios.

Así, en el ciudad de Madrid, además de los dispositivos integrados en los albergues, existen tres baños públicos, ambos orientados tanto a varones como a mujeres, que dan servicio a entre 80 y 300 personas diarias, si bien la mayor parte no son PSH. Por su parte, los servicios de ropero se encuentran más extendido, en muchas ocasiones dependiendo de un gran número de pequeñas asociaciones o parroquias difíciles de cuantificar. En cualquier caso, en la ciudad de Madrid, además de los roperos ubicados en albergues –Pabellón de Mayorales, “San Juan de Dios”, “San Martín de Porres”, “Jesús Caminante”, “Centro de Acogida Municipal de San Isidro”...- o comedores sociales –“San Alfonso”, “Ave María”, “El Refugio”...-, se observa la existencia de al menos una quincena más, principalmente dependientes de asociaciones -Asociación “Pro-Derechos Humanos”, Centro de Acción Social “Al-Mourad”, “Comité Internacional de Rescate”... o parroquias –“Milagrosa”, “Santa María del Monte Carmelo”, “Santa Teresa y Santa Isabel”, “Santísimo Sacramento”, “San Antonio” -Cuatro Caminos-, “San Damasco”, “San Antonio” –Retiro-, “Nuestra Señora del Rosario”, “San Lorenzo”, “Nuestra Señora de la Concepción”, “San José”...-.

3.6.2. OTROS SERVICIOS Y PRESTACIONES.

Señala Cabrera (2000) que, en general, en la red de atención a las PSH en España el tipo de prestaciones que se encuentran ofertadas más ampliamente son aquellas que aparentemente son menos costosas de mantener y no conllevan ninguna donación en especies: información, orientación en general y derivación a centros. También suele ser bastante habitual la existencia de servicios de salud y tramitación de papeleo y documentación. Por contra, y mientras que es general la opinión acerca de la

importancia del desempleo, la ruptura de vínculos y la carestía de la vivienda se ofrecen pocos talleres -la mayoría ocupacionales y pocos de ellos de inserción-, pocas actividades formativas, escasa atención psicológica y pocas alternativas residenciales distintas al alojamiento en albergues -como pisos tutelados-.

La escasez de medios también se refleja en la escasa presencia de servicios que serían demandados por las PSH pero resultan muy caros de mantener -odontología, podología...- que sólo se presentan con carácter testimonial a pesar de su alta necesidad. De hecho, cuando se pregunta a quienes prestan servicio en España a las PSH sobre las prestaciones insuficientemente cubiertas, las más solicitadas son pisos tutelados, talleres de inserción, grupos de autoayuda, podología y odontología (Cabrera, 2000).

Pese a su carencia, a nivel estatal cada vez parecen más habituales las actuaciones relacionadas con el empleo, si bien los talleres son poco habituales siendo más frecuentes los servicios que únicamente prestan ayuda en la búsqueda de empleo. Los servicios de educación, formación y atención psiquiátrica también resultan escasos, si bien no tienen porqué tener lugar en la red para las PSH. Por su parte, el trabajo en la calle orientado a las PSH no deja de ser excepcional.

3.6.2.1. Otros servicios y prestaciones en Madrid.

En el marco de la asistencia de carácter pública que en Madrid se destina a las PSH, y junto a los dos albergues anteriormente señalados (Centro de Acogida Municipal de San Isidro y Pabellón de Mayorales) podrían destacarse los siguientes servicios y prestaciones:

- ⇒ Servicios Sociales Generales de las Juntas Municipales de Distrito: La intervención con las PSH desde las Juntas Municipales de Distrito se limita a intervenir con las perceptoras del IMI (Ingreso Madrileño de Inserción), intervenir con PSH muy vinculadas a una zona concreta e intervenir en casos de emergencia.

- ⇒ Programa de atención a PSH con trastorno mental: Su objetivo es favorecer la rehabilitación y reinserción social del colectivo de enfermos mentales sin hogar, a través de actividades de rehabilitación en el Centro de Acogida San Isidro y otras de inserción social a través de pisos ubicados en varios distritos.
- ⇒ Programa de alternativas de alojamiento: potencian que algunas PSH que han avanzado en su proceso de reinserción puedan residir en pensiones o pisos compartidos, recibiendo apoyo de técnicos. Se intenta llevar a cabo un proceso de inserción social a través de alojamientos alternativos que busca la normalización del usuario y que, dependiendo de la situación concreta de cada uno de ellos, puedan acceder a una pensión o piso compartido una vez que ha superado la fases de formación / rehabilitación de una serie de habilidades que le permitan desarrollar una vida normalizada -higiene, responsabilidades domésticas, reparto de tareas, autoadministración, etc.-.
- ⇒ Programa de actividades con los usuarios de albergues: la presencia de un gran número de PSH que permanecen durante las horas del día en los albergues se procura dinamizar para evitar que la tendencia a la apatía se generalice y afecte negativamente a los procesos de inserción. Con este objetivo se dispone de un programa de actividades: a) actividades de carácter intrainstitucional: se desarrollan en los propios centros, a través de distintos profesionales -terapeuta ocupacional, monitor de taller, psicólogo, trabajador social, etc.-, y b) actividades de carácter extrainstitucional: realizándose en otros lugares ajenos al albergue.
- ⇒ Acuerdos con RENFE para el traslado de PSH: Cuando se presenta la necesidad de facilitar medio de transporte para que una PSH se reencuentre con su familia o retorne a su lugar de origen, un convenio con RENFE facilita al Ayuntamiento de Madrid la posibilidad de adquisición de billetes sin entrega de dinero al usuario.
- ⇒ Servicio de información telefónica y atención de emergencias (SITADE): Servicio que funciona 24 horas todos los días del año. Los operadores telefónicos son trabajadores sociales que informan o intervienen en casos de emergencia. Se enmarca en el programa de atención a PSH por la

gran utilización que se hace de los recursos de este programa. Es un Servicio Social Especializado que atiende todas las necesidades sociales surgidas, tanto de emergencias individuales como de emergencias colectivas. También facilita información telefónica sobre todos los recursos sociales.

- ⇒ Unidad Móvil de Emergencias Sociales (UMES): Su actividad se centra en la detección, intervención y atención directa de los Servicios Sociales en la calle, a PSH desorientadas a través de dos equipos: Unidad Móvil y Equipo de Calle. a) La Unidad Móvil transita por zonas de Madrid con un conductor, un trabajador social y un auxiliar de servicios sociales, dotada de un equipo telefónico. Acude a lugares determinados, por llamada del SITADE o del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento, para detectar a personas, informar sobre recursos y efectuar traslados; b) el Equipo de Calle está compuesto por dos asistentes sociales que efectúan el seguimiento con entrevistas y acompañamiento que se realizan para profundizar en el conocimiento del caso y su situación problemática.
- ⇒ Campaña municipal contra el frío: coincide con los meses más fríos del invierno y, aunque con ligeras modificaciones según la evolución de las temperaturas, suele comenzar el 25 de noviembre y permanecer abierta hasta el 31 de marzo. En ella se refuerzan y flexibilizan todos los centros de la red de atención: a) Pabellón de Mayorales; b) apertura de estación de metro: para las personas que rechazan la asistencia en los albergues, no encuentran plazas en éstos o prefieren vivir en su entorno, se habilita un pasillo de una estación de metro. Es un servicio que plantea problemas de convivencia, ya que no tiene ninguna restricción de entrada y un gran porcentaje de los que acuden tienen problemas de drogadicción. Su apertura se limita a los días más fríos de la campaña; c) centro de contacto para toxicómanos: dado el elevado número de PSH drogodependientes que se observan durante los meses más fríos, debido fundamentalmente a que se concentra un gran número en la estación de metro abierta para aquellas personas que rechazan la asistencia de otros centros, a través del centro del Plan Municipal contra las drogas se presta apoyo a estas personas. El centro de contacto y atención sociosanitaria realiza su atención de 8 de la

tarde a 8 de la mañana realizando las siguientes actividades: exploraciones médicas, curas y cuidados de enfermería; intercambio de jeringuillas y distribución de preservativos; servicios de alimentación; trabajo social: gestiones de albergues, preparación y gestión de documentación...; orientación hacia centros de tratamiento.

Junto a los servicios anteriormente señalados, existen una serie de iniciativas sociales de gestión privada orientadas hacia las PSH, entre las que cabría destacar:

- ⇒ “Hijas de la caridad de San Vicente de Paul”: Pisos de reinserción para varones sin hogar de entre 18 y 65 años, a los que acceden a través del Departamento de Trabajo Social. Atiende a un total de 24 usuarios.
- ⇒ Asociación “Horizontes abiertos”: Pisos de reinserción para PSH, varones, ex-toxicómanos. Atiende a un total de 10 usuarios.
- ⇒ “Nuestra Señora de la Caridad Hija del Buen Pastor”: Pisos de reinserción para mujeres sin hogar ex-toxicómanas. Atiende a un total de 6 usuarias.
- ⇒ Organización No Gubernamental “Solidarios para el desarrollo”: Salida en grupos de voluntarios por las calles de Madrid mas frecuentadas por las PSH, ofreciendo atención en la propia calle e información sobre los servicios sociales a que pueden acudir, atendiendo a más de 25.000 PSH al año.
- ⇒ Banco de alimentos: Promueven la donación de alimentos de productores, distribuidores, importadores y población general y distribuyen gratuitamente los alimentos obtenidos entre instituciones y asociaciones sin ánimo de lucro que prestan asistencia a personas necesitadas en Madrid, atendiendo a más de 10.000 usuarios anuales.
- ⇒ Centro de contacto y atención sociosanitaria: 40 plazas para varones y mujeres PSH toxicómanos.
- ⇒ Centros de día / noche: Centro de día de Cáritas -40 plazas-, Centro de noche “Calor y Café” de Cáritas -69 plazas-, Centro de día de la Asociación “Realidades” -40 plazas-, Centro de día de las “Hijas de la Caridad” -40 plazas-, Centro de día “San Martín de Porres” -24 plazas-...

Finalmente, una de las áreas que reviste mayor dificultad de intervención con el colectivo de PSH es la inserción laboral debido, principalmente, a dos factores: uno personal, dado que en este colectivo residen muchos déficits - educativos, psicosociales, familiares...- que hacen casi imposible su acceso al trabajo si no es a través de procesos de rehabilitación psicosocial. El otro factor tienen que ver con el mercado de trabajo y por lo tanto es externo al individuo y aquí es donde reside una de las mayores dificultades para que PSH puedan acceder a un mercado de trabajo caracterizado por su rigidez de acceso, escasez, etc.

- ⇒ El Proyecto de Formación y Fomento del Empleo en el ámbito de la Ecología Urbana (FOEME) (Fondo Social Europeo): se dirige a 80 PSH con un buen pronóstico inicial de reinserción laboral, perceptoras del IMI y sin imposibilidad o carencias que pudiesen impedir su posterior trabajo como jardineros. El proyecto contempla distintas actuaciones:
 - Atención a determinados déficit sociales o psicológicos a través de talleres de rehabilitación psicosocial y laboral. Se interviene sobre los aspectos de las personas que impidan su integración laboral.
 - Cursos de formación y prácticas de jardinería y medio ambiente .
- ⇒ Proyecto de integración socio laboral EFOES (“San Martín de Porres” y Fondo Social Europeo): Talleres de artesanía, madera, encuadernación y orientación laboral donde se desarrolla una formación prelaboral y profesional, además de poner en marcha un servicio de asesoramiento e intervención psico-social para PSH.
- ⇒ Proyecto de Inserción socio-laboral LABORA (Ayuntamiento de Madrid): Dirigido a personas formadas previamente en el área de jardinería y medio ambiente. Se les facilita el acceso a un trabajo relacionado con actividades de jardinería y se les ayuda a mejorar su alojamiento con actividades de apoyo. También se dirige a personas excluidas en fase inicial de desarraigo, facilitándoles información a través de Casas de Oficio y Escuela Taller.
- ⇒ Red de Apoyo a la Inserción Sociolaboral (RAIS): Desarrolla desde 1998 el programa de “Alternativas para la Inserción Social y Laboral mediante la

venta de un periódico en la calle”. Constituido como un Proyecto de Integración IMI, se encuentra subvencionado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Desde 1999 RAIS tiene en marcha un programa denominado “Rincón del encuentro”, orientado a la creación de un espacio de referencia y encuentro con la finalidad de motivar para el cambio principalmente a PSH.

3.7. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y MOTIVOS DE NO UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Pocos son los trabajos tanto en España como fuera de nuestro país que, al abordar las características de los servicios para las PSH, centran su atención de una forma prioritaria en las opiniones de los usuarios sobre los motivos de no utilización y la satisfacción extraída de los servicios. Como señala Hulin (1977), consideramos la satisfacción como una “respuesta afectiva” del usuario, una respuesta evaluativa con un fuerte carácter subjetivo, puesto que para su valoración se acude a la percepción del usuario de las características del proceso de asistencia. Probablemente, el principal trabajo español centrado en la opinión de PSH usuarias y no usuarias de servicios sea el realizado por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985), trabajo que centra su opinión principalmente en los albergues y, en menor medida, en los comedores sociales. En el estudio, sobre una muestra de 152 usuarios de 45 albergues repartidos por todo el país, se recogieron datos sobre los aspectos que en menor medida satisfacen a los usuarios y los motivos por los que los no usuarios prescinden de utilizar los dispositivos.

En relación a las cuestiones que en menor medida satisfacen a los usuarios de albergues, los datos encontrados por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) aparecen reflejados la tabla 3.12:

Lo que menos les gusta de los albergues es...	Porcentajes
El comportamiento de los que acuden	31%
Hay poca higiene	15%
Los horarios	14%
No poder quedarse uno todos los días que necesite	11%
La rigidez de normas, exceso de burocracia	8%
El trato del personal empleado en el centro	5%
No tienen servicios recreativos, culturales	4%
No tienen servicios ocupacionales, terapéuticos	4%
Otras cosas	8%
TOTAL	100%

Tabla 3.12. Cuestiones que menos satisfacen a los usuarios de albergues (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Como se desprende de la tabla 3.12., el comportamiento de los demás usuarios aparece como la mayor causa de disgusto entre quienes utilizaban los albergues. A notable distancia, el siguiente motivo de disgusto constatado fue la falta de higiene en los servicios. Los usuarios también se quejan de los horarios, la rigidez de las normas y de no poder permanecer en los albergues cuantos días considerasen necesario. Finalmente, a casi a uno de cada diez usuarios lo que más les disgusta es la carencia de servicios culturales, recreativos, terapéuticos y de talleres ocupacionales.

El 14% de los usuarios se queja de los horarios, y en cierto modo con razón, pues los servicios se les brinda a cambio de una cierta reducción de su libertad personal, y las PSH, pese a sus carencias, quieren sentirse libres como cualquier otro ciudadano. En esta dirección apuntan también las quejas relativas a las restricciones de permanencia y la rigidez de las normas, insatisfacciones que señalan la conveniencia de ajustar los albergues a las necesidades actuales de las PSH.

El elevado volumen de quejas lanzada contra los demás usuarios y la organización de los centros contrasta con el escaso porcentaje que se siente maltratado por los empleados de los centros. 8 de cada 10 PSH dicen que se les atiende bien, sin que existan diferencias entre los centros dependientes de las Administración Pública, de la Iglesia o de otras instituciones privadas. La satisfacción con la atención del personal que trabaja en los centros es generalizada y muy elevada (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

En el mismo estudio, señala Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) que a nivel estatal el 20% de las PSH no utilizaba albergues o comedores sociales, aludiendo como causas para no recurrir a estos dispositivos las reflejadas en la tabla 3.13:

Motivos de no utilización de albergues o comedores sociales	Porcentajes
Tienen resuelto el alojamiento	36%
Prefiere vivir a su aire y resolverse sus problemas	26%
No ha encontrado plaza	3%
Tiene resuelta la comida	1%
Otras razones	34%
TOTAL	100%

Tabla 3.13. Motivos de no utilización de albergues (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

Tal como se observa en la tabla 3.13., en torno a un tercio de los no usuarios de albergues o comedores sociales alegó como razón para no recurrir a estos servicios tener resueltas sus necesidades, especialmente las de alojamiento, pues la proporción de quienes manifestaron tener resuelto el problema de la comida fue insignificante. Un pequeño porcentaje de PSH aducían la imposibilidad de haber encontrado plaza, y si no acudían a los albergues fue por preferir otras soluciones, soluciones que oscilaban desde la habitación en una pensión hasta la ocupación de una casa abandonada, una chabola o dormir a la intemperie, en un solar o en la calle. En torno a otro tercio de quienes no utilizaban albergues alegó motivos que se categorizaron en la categoría inespecífica de “Otras razones”.

Señalan Hannappel, Calsyn y Morse (1989) que en EE.UU. el principal motivo alegado para no recurrir habitualmente a los albergues fue sentirse confinados por las reglas y la orientación religiosa de muchos de ellos, expresando generalmente una sensación de pérdida de independencia. Por contra, en centros de baja exigencia, abiertos las 24 horas del día sin apenas reglas –únicamente no consumir alcohol y no pelearse- y donde sus usuarios pueden de entrar y salir a su libre albedrío, encontraban más libertad que en los albergues. Los usuarios no habituales de albergues tienden a acudir a estos servicios cuando el tiempo es frío, prefiriendo dormir en los otros lugares cuando este es templado.

Sigue siendo de gran relevancia profundizar, desde la perspectiva de quienes se encuentran en la situación de sin hogar, en la satisfacción que generan determinados aspectos de los servicios en sus usuarios y en los motivos por los que, potenciales usuarios de servicios para las PSH, deciden prescindir de su utilización.

3.8. LA EFICACIA DE LOS SERVICIOS PARA LAS PSH.

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años por las principales organizaciones de lucha contra la situación de sin hogar -esfuerzos que han conseguido poner en marcha intervenciones interesantes- todavía no existe una evaluación efectiva de la eficacia de los servicios para PSH (Muñoz y Vázquez, 1998). Sin embargo parece que una observación de los mismos puede llevar a extraer un cierto número de conclusiones:

- Existe una desigual distribución de los recursos existentes en diferentes ciudades o regiones, lo que en algunos casos llega a provocar un desplazamiento de PSH de unas ciudades a otras, con los efectos negativos que esta situación genera. Este fenómeno, en ocasiones, puede observarse incluso en el marco de las propias ciudades.
- Los dispositivos existentes no funcionan coordinada y complementariamente, lo que es una condición básica para una intervención integral. A pesar de los esfuerzos de algunas ciudades para avanzar en una red integrada y coordinada de atención, aún queda mucho camino por recorrer. Uno de los principales factores que determina esta situación de fragmentación y coordinación es la ausencia de adecuados planes integrales para la prevención, atención y reinserción de las PSH.
- A pesar de los avances realizados desde el sistema público de servicios sociales, el peso fundamental de la atención y los dispositivos para las PSH sigue recayendo en la iniciativa privada, fundamentalmente religiosa, que en la mayoría de los casos opera desde la precariedad de medios y apoyos. Se hace necesario caminar hacia una mayor interrelación y coordinación entre

el sector oficial y el no oficial, entre lo público y la iniciativa privada que lleve a una mejor financiación y un mejor reparto de responsabilidades.

- Es indudable que el avance que se ha producido en los últimos veinte años en la atención al colectivo de PSH, pasando de un modelo de atención con un marcado carácter represivo y/o asilar, a un modelo que ha dignificado la atención a estas personas y busca procurar su rehabilitación y reinserción (Rodríguez Díaz, 1987). Sin embargo, el modelo de atención en general sigue centrado en lo asistencial: la mayoría de los recursos se centran en la cobertura de necesidades básicas -alojamiento, comida y ropa-, por lo que gran parte de los recursos existentes lo constituyen albergues, comedores sociales y roperos. Aunque hay un esfuerzo cada vez mayor en muchos de los albergues por ofrecer atención psicosocial y programas de rehabilitación, se requiere un impulso adicional en esta dirección para poder responder a la multidimensionalidad causal de este problema (Gaviria, Laparra y Aguilar, 1995; Renes, 1994). Por otro lado, en muchos casos los servicios para las PSH se convierten en el último recurso, en el depósito residual que recoge lo que los demás sistemas de protección han dejado de lado por sus rigideces o insuficiencias. Así, estos servicios se ven sobrecargados con la atención a problemas que no han sido atendidos desde las redes de servicios sociales y sanitarios. La insuficiencia e inadecuación de la atención social comunitaria a ancianos, minusválidos, enfermos mentales, etc. está forzando a muchos albergues a acoger a estas poblaciones porque no existen los recursos sociales necesarios para su atención y cuidado.
- Es necesario avanzar en la implantación de un abanico más amplio de dispositivos y programas: centros de día, programas de rehabilitación psicosocial, alternativas de alojamiento comunitario (pisos supervisados, hogares, miniresidencias, apoyo al acceso y mantenimiento de la vivienda, etc.), programas de orientación y rehabilitación laboral, programas de promoción de empleo, equipos de seguimiento y apoyo social, etc. que, en su conjunto, facilite a las PSH avanzar en sus propios e individualizados itinerarios de rehabilitación y reinserción.
- La prevención es la gran asignatura pendiente, tanto en lo relativo a la

prevención primaria como a la secundaria o intervención precoz. No existen medidas suficientes de política social en las áreas de vivienda, servicios sociales, servicios sanitarios... que actúen frente a situaciones de precariedad personal y social y, por tanto en riesgo de caer en procesos de marginación sin hogar (Castel, 1992). Del mismo modo, una vez iniciado el problema, no existen apenas respuestas ágiles y flexibles que permitan ofrecer una adecuada intervención que evite la consolidación y cronificación de la marginación.

- Es básico desarrollar planes integrales que se asienten en la colaboración entre lo público y lo privado, en la actualidad integrada desde todas las áreas del bienestar social y en la consideración de todos los niveles de actuación: prevención, atención, rehabilitación y reinserción. Una intervención debe ser global e integrada, ir más allá de la cobertura de necesidades básicas promoviendo procesos activos de recuperación personal y social y ofreciendo oportunidades efectivas de participación e integración comunitaria

Tanto desde los servicios sociales comunitarios como desde los recursos específicos para PSH se reconoce que la intervención, en general, se produce cuando el problema ya se ha instalado y la atención se presta ante la demanda específica del usuario. Hasta ahora, ha predominado un enfoque asistencial con un estilo de atención de espera, lo que resulta insuficiente y no se ajusta muy bien a la especificidad y naturaleza de la problemática de las PSH (Vázquez, Muñoz y Rodríguez, 1999). Muchas PSH no acuden de forma regular a los servicios ni se adaptan a sus normas y lógicas de funcionamiento. Es necesario promover más una orientación y un estilo de intervención activo, flexible, con una actitud de búsqueda, que no espere que llegue la población sino que se implique en la detección de sus necesidades, en la identificación y la captación de personas con dificultades, en el acompañamiento y apoyo comunitario que favorezca la participación e implicación de los afectados tanto en la utilización adecuada de los servicios disponibles como en el desarrollo de sus itinerarios individualizados de reinserción social.

MARCO DE LA INVESTIGACIÓN: ACCIONES Y ESTUDIOS PRELIMINARES

4.1. MARCO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1.1. UTILIZACIÓN DE MUESTRAS REPRESENTATIVAS.

4.1.1.1. Realización de noches de muestreo o “Noches S”.

La importancia de desarrollar muestreos de PSH que representen proporcionalmente a todos los servicios e incluyan, igualmente, a aquellas PSH que no utilizan servicios, ha sido puesta de manifiesto por diferentes autores (Koegel, Burnam y Morton, 1996; Marpsat, 1995; Muñoz, Vázquez, Vázquez, *et al*, en prensa; Rossi y Freeman, 1989), quienes han sugerido variadas estrategias de muestreo que incluyen muestreos multicentro, multiservicio y multidía y muestreos en lugares de concentración de PSH. A partir de los resultados obtenidos en estudios llevados a cabo en diferentes puntos de EE.UU. -utilizando estrategias de conteo que incluyen PSH no usuarias de servicios- Burt (1993) estimó que una muestra que incluyese albergues, comedores sociales y a las PSH “visibles” en las calles cubriría, aproximadamente, sólo al 70% - 80% de todas las PSH de las zonas urbanas. Sin embargo, de forma paralela, datos del *Distric of Columbia Metropolitan Area Drug (DC MADS) Homelessness Study* (Dennis, 1993) -un ambicioso trabajo que utilizaba diferentes técnicas de muestreo- señalaban que, al menos en Washington D.C., el 93% de las PSH se encontrarían incluidas en un muestreo llevado a cabo únicamente en albergues y comedores sociales, alcanzándose cifras superiores al 94% si se muestreaba además entre aquellas PSH fácilmente visibles en las calles. Así pues, estos datos indicarían que en diferentes ciudades -o en diferentes contextos socioculturales- las dificultades para llegar al mayor número de PSH pueden variar de forma importante.

Generalmente, las estimaciones basadas en el uso de recursos ofrecen una visión parcial del problema, dado que no tienen en cuenta a aquellas PSH que no utilizan los mismos, por lo que se requiere una estrategia que considere de algún modo la contabilización de estas personas. Para identificar la proporción de PSH que quedan fuera de los muestreos multicentro se han utilizado las estrategias de “noches de muestreo” (“S-night” o “noche S”) (Cousineau y Ward, 1992; Devine y Wright, 1992; Edin, 1992; Hopper, 1991b; Hopper, 1992; Martin, 1992; Stark, 1992; Wright y Devine, 1992).

En nuestro país, la no utilización de estrategias de muestreo adecuadas ha dificultado la obtención de una estimación correcta de las características de las PSH. Los muestreos sobre población de PSH en España se han realizado generalmente en centros de atención específicos, perdiéndose así la representatividad de la muestra más allá del centro, o tipo de centros, escogidos. Aunque en los últimos años se han llevado a cabo algunos trabajos con estrategias de muestreo multicentro y multiservicio (Cabrera, 1998; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995), no han sido absolutamente rigurosos en la aplicación del azar y la proporcionalidad. En este sentido, no se han realizado “noches S” en ninguna ciudad española y no se han aplicado coeficientes de ponderación en función de la probabilidad de uso de los servicios, lo que hace cuestionable la representatividad de los estudios efectuados hasta ahora en nuestro país.

4.1.1.2. La ponderación de los datos.

Con el fin de mejorar la representatividad de las muestras, junto a la realización de “noches S” se han elaborado complejos sistemas de pesos para corregir las desviaciones ocurridas por los distintos niveles de utilización de los servicios de cada persona (Burt, 1992; Firdión, 1995; Koegel y Burnam, 1992; Marpsat y Firdion, 1998).

En los trabajos sobre análisis de los servicios para la población de PSH desarrollados en nuestro país no se han tenido en consideración la corrección

de desviaciones mediante la utilización de sistemas de pesos. Sin embargo, la ponderación de la muestra en función de la probabilidad de cada PSH de ser incluido en la muestra en cada centro garantiza su representatividad, independientemente del tamaño del centro o recurso en que sea seleccionada. En estos casos, la probabilidad de que una PSH sea incluida en la muestra estará en función directa del tamaño del centro, siendo distinta para cada centro. Así, la ponderación se establecería como la función inversa de la probabilidad de ser incluido en la muestra, corregida por la desviación de la muestra empírica respecto a la muestra teórica en cada centro (Marpsat y Firdion, 1998). Hasta este punto, la estrategia de ponderación se centra en los servicios ofrecidos en cada centro, por tipo de recurso muestreado.

Pero, además, la probabilidad de una PSH de ser elegida está en función de la probabilidad de elección del servicio que está recibiendo y de la probabilidad de la persona de ser contactada por duplicado en otro servicio. A su vez, esta segunda probabilidad está en función directa de la utilización de otros centros por parte de la propia persona (Muñoz, Vázquez, Vázquez *et al*, en prensa).

Así pues, la estrategia de muestreo debe evitar o controlar las posibles duplicaciones existentes, dado que la mayoría de las PSH utilizan simultáneamente distintos tipos de recursos. Del mismo modo, un muestreo verdaderamente representativo debe considerar la frecuencia de uso de cada usuario para cada recurso: en caso contrario la muestra sobrerrepresentará a aquellas personas que utilizan más frecuentemente los recursos, infrarrepresentando a quienes los utilizan en menor medida. Es por ello por lo que para realizar muestreos altamente representativos, la ponderación de los datos aparece como un aspecto de especial relevancia.

4.1.2. MUESTREOS EN LA TOTALIDAD DE LA RED DE SERVICIOS.

Son escasos los trabajos que, en nuestro país, centran su atención en la totalidad de la red de servicios. Lo más habitual suele ser la realización de

trabajos sobre un único dispositivo -como un albergue (Pérez, Rico y Serrano, 1997; Rodríguez, Jouron y Fernández, 1998)- o un único servicio -como la red de albergues (Afán, Floriach y Tortosa, 1994; Vega, 1996)-, conjugando en escasas ocasiones servicios diferentes -por ejemplo, albergues y comedores sociales-. Cabrera (2000) recientemente ha publicado un trabajo que centra su atención en el conjunto de la red asistencial para las PSH, si bien por su amplia cobertura -cubre la totalidad del Estado Español- realiza un amplio muestreo de los servicios existentes sin recoger de forma exhaustiva los datos relativos a todos y cada uno de los servicios del Estado.

Parece conveniente, sin embargo, que el muestreo de recursos sea exhaustivo, al existir una diversidad de dispositivos a los que las PSH acuden y que, frecuentemente, no son revisados, centrandose la atención generalmente en uno o dos centros a la hora de llevar a cabo los muestreos (Cowan, 1991). Limitar el sondeo a un único -o unos pocos- dispositivos, puede facilitar la obtención de datos de gran relevancia, especialmente en trabajos cualitativos o de implantación o seguimiento de programas (Campbell y Stanley, 1966; Pérez, Rico y Serrano, 1997). Sin embargo, este tipo de aproximaciones también presenta limitaciones, especialmente relacionadas con la generalización de los resultados al conjunto de la red (Manhein y Rich, 1999). De todo lo anterior, se deriva la pertinencia de realizar trabajos que cubran la totalidad de la red atendiendo a la adecuada ponderación de los datos obtenidos.

4.1.3. INCLUSIÓN DE PREGUNTAS EMPLEADAS EN OTROS INSTRUMENTOS.

La inclusión de preguntas empleadas en otros instrumentos utilizados previamente en investigaciones de similares características presenta una serie de ventajas que conviene tener presentes al diseñar nuevos trabajos de investigación (Alvira, 1991; Alvira, 1994; García y Sanmartín, 1994; Manhein y Rich, 1999). Este hecho cobra especial interés cuando el trabajo se centra en un colectivo con características tan peculiares como es el conformado por las PSH.

Bajo el supuesto de que para recoger preguntas procedentes de otros cuestionarios se seleccionan aquellos que han demostrado su utilidad de forma fehaciente -habiéndose sido validado mediante su utilización en investigaciones de calidad centradas en el colectivo de las PSH-, incluir algunas de las preguntas que conforman estos instrumentos ofrece, entre otras, las siguientes ventajas:

- Permite seleccionar las cuestiones de mayor interés empleadas en investigaciones realizadas sobre el colectivo de las PSH.
- Aumenta la garantía de que el entrevistado comprenderá aquello que se le está preguntando, cuestión de gran relevancia al trabajar con el colectivo de las PSH.
- Facilita ajustar la duración de la entrevista a las características de la muestra, evitando que se produzca una desvirtuación de los resultados derivada de una extensión excesiva de la misma.
- Permite la realización de comparaciones adecuadas entre diferentes trabajos. Realizar preguntas muy similares en muestras diferentes -controlando los aspectos culturales o aquellos derivados del cambio en el significado tras la traducción de las preguntas- permite obtener resultados comparativos de calidad tanto en estudios transculturales -o transpoblacionales- como en el seguimiento de cohortes en un mismo contexto.
- Asimismo, y considerando que al redactar las preguntas conviene prestar especial atención a múltiples aspectos -adecuada extensión y claridad, carencia de ambigüedad, la inducción de respuestas forzadas o sesgos...-, esta cuestión se ve facilitada al emplear preguntas ya redactadas y utilizadas en investigaciones previas.

Por todo ello, desde el inicio del diseño de la investigación se consideró relevante que el instrumento a utilizar contuviera preguntas de similares características a las empleadas en trabajos realizados por equipos de investigación nacionales e internacionales de prestigio, incluyendo junto a ellos cuestiones consideradas de interés y no contempladas en otras investigaciones.

4.1.4. OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO.

El presente estudio pretende valorar, desde la perspectiva de las propias PSH, las diferentes estrategias puestas en marcha para afrontar sus necesidades más básicas -alojamiento, comida, ropa, higiene, salud...-, distinguiendo entre quienes recurren a los servicios concebidos a tal efecto -albergues, comedores sociales, roperos, baños públicos, servicios sociales, hospitales y centros de salud, UMES...- y quienes, por diferentes motivos, no pueden o no quieren hacer uso de los mismos.

A lo largo del trabajo la atención se centrará únicamente en los recursos dirigidos a cubrir de una forma amplia las necesidades más básicas de las PSH. Por ello, pese a la existencia en Madrid de diferentes servicios, generalmente de nueva creación, orientados hacia este colectivo -pisos tutelados, actividades de inserción sociolaboral, centros de día, ayuda ambulatoria...-, dada la novedad de los mismos, su cobertura a pequeños grupos de usuarios y la consideración de que para realizar un adecuado análisis de este tipo de servicios se requiere una aproximación diferente, no se tendrán en consideración en el presente trabajo. Sin embargo, ello no quiere decir que se les dé poca importancia pues, de hecho, el equipo de investigación que permitió la realización del presente trabajo recientemente ha iniciado un proyecto destinado al análisis de la eficacia de estos diferentes dispositivos (Muñoz, Roa, Crespo *et al*; 2000).

El estudio llevará a cabo una diferenciación entre usuarios y no usuarios de servicios que permitirá abordar, por un lado, la satisfacción que de los servicios obtienen los primeros y, por otro, los motivos para la no utilización alegados por los segundos. Mediante esta estrategia se procurará determinar cuales son las carencias y los aspectos susceptibles de mejora que permitan acercar los dispositivos orientados hacia las PSH a las demandas reales de los mismos. En esta línea, y aunque tan sólo en el caso de los albergues -único servicio en que se pueden llevar a cabo por existir una muestra adecuada-, se realizará una comparación entre usuarios y no usuarios en una amplia variedad

de características -sociodemográficas, laborales, de salud, disponibilidad de redes sociales, padecimiento de eventos estresantes...-, aislando aspectos determinantes de los individuos que conforman cada uno de los subgrupos y los beneficios obtenidos en cada una de las circunstancias: utilización o no utilización de albergues.

Pero, de forma previa a la ejecución del estudio propiamente dicho, se consideró imprescindible desarrollar una serie de acciones -reuniones con expertos, aproximación de corte cualitativo, elaboración de listados exhaustivos, realización de una “noche S”...-, orientadas a subsanar carencias observadas en anteriores trabajos. El desarrollo de estas acciones permitió tanto elaborar de una forma adecuada el cuestionario definitivo como determinar la muestra final sobre la que actuar. En relación a la muestra, el objetivo se centraba en realizar un muestreo altamente representativo en el conjunto de la red -o al menos en aquellos servicios cuya relación costo-beneficio resultase adecuada-, muestreo sobre el que aplicar coeficientes de ponderación en función de la probabilidad de uso de los servicios, el tamaño de los servicios utilizados y la posibilidad de ser seleccionado en más de un dispositivo.

4.2. PROCESO DE PUESTA EN MARCHA DE LA INVESTIGACIÓN.

4.2.1. CONTACTOS CON EXPERTOS: PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DETERMINACIÓN INICIAL DE LA MUESTRA.

Tras realizar una revisión bibliográfica se observó la existencia de una amplia variedad de circunstancias problemáticas asociadas al desarrollo de los estudios centrados en las PSH. Así, por ejemplo, se puso de manifiesto la carencia de una definición única que determinara quién cumple los criterios para ser considerado como PSH. Del mismo modo, se observó la utilización de diferentes estrategias al estudiar los problemas referentes a este colectivo, estrategias que fluctuaban desde el abordaje directo –a través de las propias

PSH- a un abordaje indirecto -mediante trabajadores, voluntarios, gestores o directores de los servicios-, empleándose igualmente una gran variedad de instrumentos para la obtención de datos: encuestas, entrevistas -estructuradas, semiestructuradas o abiertas- observación, discusiones de grupo... Así mismo, las estrategias de muestreo utilizadas resultaron ser muy variadas: muestreos en las calles, en un único servicio, en varios servicios con similares características, en diferentes servicios...

Por todo ello, y con la finalidad de contrastar diferentes opiniones cualificadas y unificar criterios, se consideró de gran relevancia mantener una serie de contactos con profesionales de prestigio internacional en investigaciones en el campo de las PSH. De entre los contactos mantenidos los más destacados fueron:

- Paul Koegel. *RAND Corporation*. Los Ángeles (California), EE.UU.
- Dragana Avramov. *The European Federation of National Organizations Working With the Homeless (FEANTSA)*, Bruselas, Bélgica.
- Michael Dennis. *Research Triangle Institute*. EE.UU.
- Maryse Marpsat. *Institut National d'Etudes Demographiques (INED)*. París, Francia.
- Luigi Leonori. Red Europea sobre Salud Mental y Exclusión Social (SMESS). Bruselas, Bélgica.
- Mike Allen. *European Anti-Poverty Network*. U.E.

De forma paralela se mantuvieron continuos contactos con responsables de instituciones nacionales y locales, tanto privadas como públicas, implicadas de forma directa en la atención de las PSH -Ayuntamiento de Madrid, Consejería de Salud de la CAM, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la CAM, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Cáritas Española, FACIAM, Real Patronato Sobre Discapacidades...- así como con diferentes profesionales de atención directa a las PSH -miembros de ONGs, trabajadores de albergues, personal médico, trabajadores sociales, psicólogos, educadores, personal sanitario...-.

Las reuniones con los expertos permitieron adoptar decisiones acerca de cómo enfocar el trabajo, así como definir una serie de orientadas a conseguir un adecuado desarrollo del estudio, estrategias que, a la postre, se demostraron de gran utilidad. Entre las principales decisiones adoptadas, sobre las que conjuntamente se establecieron líneas básicas de ejecución, cabe destacar:

- La necesidad de realizar una primera aproximación a la situación de las PSH en Madrid, seleccionando un limitado número de sujetos a quienes entrevistar en profundidad. La muestra a seleccionar, compuesta por usuarios y no usuarios de albergues, además de cumplir una serie de requisitos muestrales debía incluir personas de ambos sexos con un rango amplio de edades.
- La necesidad de llevar a cabo una noche de muestreo, o “noche S”, a fin de determinar el porcentaje de PSH que, en el caso concreto de Madrid, no utilizan dispositivos asistenciales y, a partir de los datos obtenidos, elaborar las estrategias a emplear en el muestreo definitivo.
- La necesidad de utilizar unos estrictos criterios matemáticos de ponderación de la muestra.
- El interés en muestrear la mayor cantidad de servicios posibles obteniendo los datos directamente de los propias PSH.
- La importancia de recoger y poner en común cuestionarios e instrumentos de recogida de datos previamente empleados en estudios con PSH, de forma que sirvan de base a la selección de preguntas relevantes permitiendo comparaciones posteriores entre diferentes estudios.

La determinación de la población universo sobre la que realizar las primeras aproximaciones a las PSH en Madrid se basó en las definiciones operacionales de la *Stuart B. Makinney Homeless Assistance Act* (1997) y del Consejo de Europa y FEANTSA (Federación de Asociaciones Nacionales que trabajan a favor de las PSH) (Avramov, 1995), con los siguientes criterios muestrales:

- Tener más de 18 años de edad.
- Haber pernoctado durante el último mes principalmente en uno o más

lugares no utilizados habitualmente como vivienda, tales como son las calles, albergues, casas abandonadas, parques y otros lugares -por ejemplo metro o túneles-.

4.2.2. MARCO DE LA INVESTIGACIÓN: EXPLORACIÓN DE RECURSOS, CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A PSH EN MADRID.

Con el fin de acotar el marco en que se desarrollaría la posterior investigación, una de las primeras actividades llevadas a cabo fue la elaboración de un listado que recogiera los recursos y centros de atención a PSH existentes en Madrid. Se diferenció entre recursos -conjunto de centros que ofrecen los mismos servicios: comedores, albergues, etc.-, centros -lugar específico donde se ofrecen servicios a las PSH: Centro de Acogida Municipal de San Isidro, Comedor María Inmaculada, etc.- y servicios -cada una de las acciones ofrecidas en un centro: número de camas, número de comidas servidas, etc.-.

La elaboración de un listado exhaustivo de recursos, centros y servicios de atención a las PSH adquiere una mayor relevancia al considerar que uno de los objetivos planteados por el trabajo era muestrear en la totalidad de la red, no limitando el muestreo únicamente a un número limitado de dispositivos.

A la hora de elaborar el listado, el procedimiento utilizado fue el que a continuación se describe:

- Recopilación de guías y memorias de Servicios Sociales publicadas tanto por organismos públicos como por instituciones privadas, donde se citasen los distintos recursos enfocados hacia población excluida.
- Contacto con profesionales y responsables de organismos públicos y privados de atención a PSH, a quienes se solicitó que remitiesen un listado de recursos y centros dependientes de su organismo, así como de cualquier otro conocido por su experiencia en el área. Para ello, se contactó con: Cruz Roja Española, Comunidad Autónoma de Madrid, Ayuntamiento de Madrid, Grupo 5, C.E.D.I.A. (Centro de Acogida, Recepción e Información de

- Cáritas) y distintas asociaciones y organizaciones no gubernamentales.
- Consulta de los listados existentes sobre recursos y centros enfocados para personas seriamente excluidas aunque no fuesen específicos para PSH -ej. comedores sociales, baños públicos, roperos...-.
 - Recopilación de artículos, en periódicos y revistas que informan de recursos y centros existentes, o de la apertura de nuevos dispositivos, en especial publicaciones vinculadas con situaciones de marginalidad -La Farola, La Calle...-.
 - Contactos con parroquias. A través de la Guía Telefónica de Madrid 1996/97 se seleccionaron aleatoriamente una de cada cuatro parroquias, con las que se contactó telefónicamente para identificar si ofrecían servicios a PSH. Debe señalarse que las propias diócesis responsables no conocen los servicios ofrecidos por cada parroquia, servicios como dar bocadillos, roperos, etc., de modo que no existían datos globales disponibles sobre este particular.

Con todas las informaciones recogidas se elaboró un primer listado provisional que fue remitido a diferentes expertos, responsables políticos y profesionales de atención directa a PSH -con el objetivo de que revisasen la información recogida y enviaran sugerencias-. Tras recibir las respuestas se elaboró el listado definitivo que incluyó los siguientes apartados:

- *Tipo de recurso* (alojamiento, comedor, ropero, centro de información y acogida, baño público y otros).
- *Teléfono y dirección.*
- *Características.*
- *Prestaciones.*
- *Número de plazas.*
- *Porcentaje de varones/mujeres.*
- *Criterios de inclusión/exclusión.*
- *Número de servicios por día.*

El listado de recursos, centros y servicios de atención a las PSH (anexo

1) resultó un instrumento fundamental en el desarrollo de la investigación, demostrando su utilidad para establecer las estrategias de muestreo y la ponderación de los datos en el conjunto de la red.

4.3. APROXIMACIÓN INICIAL A LA SITUACIÓN DE LAS PSH EN MADRID.

La realización de este trabajo previo tenía como principal objetivo llevar a cabo una primera aproximación a la situación de las PSH en Madrid, centrandose especialmente la atención en aquellas circunstancias que rodean su relación con los recursos más frecuentemente utilizados. A tal fin, se realizaron entrevistas en profundidad a un grupo de sujetos, usuarios y no usuarios de albergues.

4.3.1. PLANIFICACIÓN Y PROCEDIMIENTO.

4.3.1.1. Participantes.

Si bien este primer trabajo no pretendía ser estadísticamente representativo, en la planificación de la muestra se siguieron criterios tendentes a una adecuada estratificación que permitiesen una representación equilibrada de distintas edades, géneros y recursos utilizados. Para determinar el criterio de inclusión en la muestra se utilizó la definición operacional de la *Stuart B. Makinney Homeless Assistance Act* (1987), de forma que el criterio de inclusión empleado fue:

“Tener más de 18 años de edad y haber pernoctado, durante el último mes, principalmente en uno o más lugares no utilizados habitualmente como vivienda, tales como las calles, albergues, casas abandonadas, parques u otros lugares (por ejemplo el metro o túneles)”.

La muestra final estuvo constituida por 20 PSH, llevándose a cabo un muestreo que incluyese:

- a) Un servicio social de asistencia a PSH.
- b) Las calles de Madrid.

De las entrevistas realizadas, nueve -correspondientes a usuarios de albergues- se llevaron a cabo en el Centro de Acogida Municipal de San Isidro y once -correspondientes a no usuarios de albergues- tuvieron lugar en las calles de Madrid. Se consideró oportuno que los entrevistadores no hubieran tenido un contacto previo con los entrevistados, buscándose de esta forma evitar posibles sesgos fruto del conocimiento. Finalmente, el único entrevistador fue el autor del presente trabajo.

En el Centro de Acogida Municipal de San Isidro se entrevistó a nueve de sus usuarios: tres mujeres y seis varones. Resulta interesante constatar que el centro disponía de información relevante sobre los usuarios, información que en ocasiones fue recogida para el trabajo.

El Centro Municipal de Acogida San Isidro es un servicio social especializado en la atención a personas sin hogar, dependiente del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Fundado en 1943, actualmente cuenta con un equipamiento especializado que pretende cubrir prestaciones de alojamiento y rehabilitación. Dispone de 275 camas, 192 para hombres y 83 para mujeres, con una plantilla de 91 trabajadores formada por técnicos - psicólogos, trabajadores sociales...-, auxiliares de servicios sociales, personal administrativo...

En las calles de Madrid fueron entrevistados nueve varones y dos mujeres no usuarios de albergues. En este caso la obtención de la muestra fue más compleja, recurriéndose a la colaboración de la Unidad Móvil de Emergencias Sociales (UMES) que, sobre un listado previo de usuarios, ayudaron a localizar a los entrevistados. Posteriormente se consultaron los datos que sobre cada uno de los sujetos entrevistados disponía este servicio, aprovechándose alguno de ellos para el presente trabajo.

La UMES es un servicio perteneciente al Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid incluido en el Programa de Atención a Marginados Sin Hogar y gestionado a través de la empresa Grupo 5 S.L. El servicio fue creado en abril de 1990 para dar atención a las situaciones de emergencia social que se producen en la calle y a personas que carecen de alojamiento y se hallan en situaciones de desarraigo y marginación social. Para su realización el servicio cuenta con una furgoneta especial adaptada en la que durante los 365 días del año y en horario de 10 a 22 horas se desplazan un conductor y dos trabajadores sociales, atendiendo anualmente a más de 1.000 personas. El campo de actuación de las UMES abarca prácticamente la totalidad de la ciudad de Madrid, dividida en diferentes zonas que cada equipo tiene prefijadas. El servicio no se impone -únicamente se ofrece-, se presta en la vía pública y el usuario no efectúa su demanda.

4.3.1.2. Procedimiento.

En todos los casos, el procedimiento seguido para la realización de las entrevistas fue el que a continuación se refleja:

- 1) Selección aleatoria de las personas a entrevistar. En el Centro de Acogida se utilizó un listado proporcionado por el propio centro, en tanto en las calles de Madrid se recurrió a la colaboración de la UMES que ofreció un listado previo de usuarios.
- 2) Contacto inicial y presentación: el entrevistador -autor del presente trabajo- era presentado al entrevistado por los técnicos de los servicios para facilitar su colaboración. Tras ello se le explicaba la forma de realizar la entrevista y la utilidad -completamente anónima- que se daría a sus comentarios. En el Centro de Acogida las entrevistas se realizaron en un despacho, lo que facilitó su grabación en audio. Las entrevistas a PSH seleccionadas en la calle tuvieron lugar en establecimientos públicos -bares o cafeterías- o en la propia calle, circunstancia que en ocasiones dificultó la adecuada grabación de la entrevista.
- 3) Realización de entrevistas semiestructuradas. Siempre que fue posible -en 15 ocasiones- las entrevistas se grabaron en audio, con la debida

autorización de los entrevistados. Las entrevistas no tuvieron un límite temporal, de modo que algunas se realizaron en una sola sesión y otras llevaron hasta 4 sesiones. La duración media estuvo en dos sesiones de 90 minutos de entrevista real -eliminando tiempos de contacto y despedidas, que en algunas ocasiones se demoraron significativamente-.

- 4) Consulta de archivos y entrevistas con personal de los servicios que disponían de información referida a los entrevistados para la recogida de información complementaria y contraste de la obtenida a lo largo de la entrevista.
- 5) Transcripción de las grabaciones.
- 6) Análisis y valoración de los datos de las entrevistas.

Los resultados del trabajo, ilustrados con transcripciones de los comentarios de las PSH entrevistadas, aparecen recogidos en el Anexo 2 debido a su amplitud.

4.3.2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.

4.3.2.1. Características generales de las PSH entrevistadas.

Tal como se señaló, la presente aproximación inicial a la situación de las PSH no pretendía basarse en un muestra estadísticamente representativa, si bien en la planificación de la selección muestral se siguieron criterios tendentes a una adecuada estratificación que permitiesen una representación equilibrada de distintas edades y géneros. La muestra finalmente seleccionada presentaba las características sociodemográficas recogidas en la tabla 4.1:

Características sociodemográficas	Porcentajes (n=20)
Género	
Varones	75%
Mujeres	25%
Edad	
Edad (puntuación media)	48 años
Entre 18 y 35 años	30%
Más de 35 años	70%
Estado civil	
Soltero	70%
Casado	5%
Separados	5%
Viudos	5%
Pareja de hecho	15%
Tienen hijos	40%
Ha trabajado a lo largo de su vida	90%
Años pasados desde el último empleo (puntuación media)	9,9 años
Duración en la situación de sin hogar	
Menos de 1 año	5,3%
Entre 1 y 5 años	47,4%
Más de 5 años	47,3%
Tiempo en la situación de sin hogar (puntuación media)	8 años

Tabla 4.1: Características sociodemográficas de las PSH entrevistadas en el estudio de aproximación inicial.

Cómo se desprende de la tabla 4.1. fueron seleccionadas tres veces más varones que mujeres, principalmente con edades superiores a 35 años. Estas personas, en su gran mayoría, eran solteras, teniendo hijos menos de la mitad. El 90% habían desempeñado algún tipo de actividad laboral a lo largo de su vida, si bien llevaban una media de prácticamente diez años sin trabajar. La gran mayoría de los entrevistados -94,8%- llevaban más de un año en la situación de sin hogar, situándose la media de tiempo en dicha situación en ocho años, indicativo de una importante cronicidad en la muestra seleccionada.

De los comentarios recogidos durante el proceso de entrevista puede señalarse cómo, en relación a la historia familiar y social de los entrevistados, destaca que ésta se ve marcada por una desproporcionada secuencia de condiciones vitales de notable dificultad desde su infancia. De hecho, de las entrevistas se desprende que aquellos factores remotos que jugaron un papel más relevante en la situación de sin hogar fueron los frecuentes procesos de institucionalización y los abandonos tempranos sufridos.

La observación de algunas características demográficas de los entrevistados puede poner sobre la pista de esta concatenación de circunstancias adversas. Así, en primer lugar, las historias de separación y abandono parecen un eje común en muchas de las historias recogidas, separación que en ocasiones se encuentra presente desde edad temprana, pero con una continuación en su vida adulta: las rupturas sentimentales son elementos no sólo frecuentes sino a las que se les adscribe un importante peso subjetivo como detonantes de la situación de estar o quedar sin hogar. La separación también se refleja en la propia trayectoria biográfica en torno a las infructuosas historias de migración en muchas de estas personas. La carencia de un espacio personal propio -que se extiende desde la carencia física de hogar hasta la ausencia de un espacio afectivo y de redes sociales- parece un elemento distintivo de estas personas.

Debe señalarse también que las relaciones sentimentales de los entrevistados se observan seriamente deterioradas. La soledad y el desarraigo confluyen de modo repetido en las trayectorias de estas personas. El hecho *per se* del deterioro en las relaciones sentimentales supone la ausencia de una importante fuente de apoyo social, circunstancia que sin duda funciona a modo de factor de mantenimiento de la situación. Obviamente, las intervenciones que se desarrollen al respecto deberán también orientarse a intentar resolver estas carencias.

La infancia de muchos de los entrevistados se caracteriza por las experiencias -y sensaciones- de institucionalización temprana. No se trata tanto de la pobreza en sí misma, sino de circunstancias añadidas a la misma; de hecho, la mayoría no considera que su situación vital infantil fuese de una pobreza extrema y prácticamente son inexistentes las situaciones de "transmisión" de la condición de sin hogar de padres a hijos. Se trata, en realidad, de otra serie de elementos en los que la pobreza parece ser sólo un telón de fondo -común, por otra parte, a un porcentaje elevado de la población general que, sin embargo, no ha incurrido en procesos de marginalización como los aquí descritos-. De acuerdo con los testimonios de los entrevistados,

la alta incidencia de alcoholismo parental, la anómala alta frecuencia de fallecimientos de personas significativas durante la infancia, o unos niveles de comunicación inadecuados con los progenitores, constituyen este desgraciado marco remoto sobre el que se van tejiendo sus posteriores vicisitudes biográficas. Asimismo, la ruptura familiar, que les obligó a vivir con parientes cercanos o en ambientes familiares deteriorados han sido puestos de manifiesto por un elevado número de personas entrevistadas.

Más de la mitad de los sujetos manifestaron haber sufrido fracaso escolar, lo que puede dar indicios de un posible factor remoto que dificulte el acceso posterior a un puesto de trabajo. Este factor puede considerarse como un elemento importante en la elaboración de un perfil de jóvenes de alto riesgo, orientando de esta forma algunas estrategias de carácter preventivo. Por su parte, un aspecto relevante sobre la experiencia laboral de estas personas es el dato de que, pese a ser en su mayoría parados de larga duración -con una media de desempleo de más de nueve años-, la mayor parte ha tenido momentos con un trabajo normalizado. Esto pone de manifiesto que el desempleo no es un elemento de elección, o ligado a un estilo de vida, sino más bien una circunstancia vital sobrevenida en la mayor parte de los casos.

La desproporcionada secuencia de sucesos vitales padecidos por los entrevistados puede observarse en la tabla 4.2. donde, a modo de síntesis, se recogen los porcentajes en que los entrevistados padecieron determinados circunstancias:

Sucesos vitales	Porcentajes (n=20)
Hubo un fallecimiento significativo en su familia (muerte prematura de padre, madre...)	40%
Al menos uno de sus padres tuvo problemas con el alcohol	20%
Al menos uno de sus padres estuvo sin hogar	0%
Uno de sus padres tuvo problemas de salud mental	10%
Uno de sus padres abandonó el hogar familiar	15%
Fue institucionalizado lejos de su familia durante la infancia	30%
Se fugó de casa	20%
Fue abandonado a edad temprana	35%
Padeció una situación de gran pobreza	5%
Tuvo un escaso soporte familiar de su familia de origen	55%
Sufrió maltrato físico durante la infancia	25%
En su familia sucedieron circunstancias traumáticas (separación, divorcios, conflictos, peleas permanentes graves...)	40%
Nivel de comunicación insatisfactorio en la familia	80%
Fracaso escolar	55%
Padeció una importante decepción sentimental	60%
Problemas reiterados con al policía o la justicia	30%
Ingresó en alguna institución penitenciaria	30%

Tabla 4.2: Sucesos vitales padecidos por los entrevistados en el estudio de aproximación inicial

Igualmente se observa entre los entrevistados una elevada cantidad de problemas derivados del consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, problemas acontecidos en muchas ocasiones con anterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar y que podrían encontrarse ligados a la génesis y mantenimiento en dicha situación. Las tentativas de suicidio, llevadas a cabo por uno de cada 3 entrevistados, aparecen en mayor medida con posterioridad a encontrarse sin hogar. Ambos aspectos junto, a la presencia de otros problemas de salud, aparecen recogidos en la tabla 4.3:

Problemas de salud	Antes* (n=20)	Después** (n=20)	Total*** (n=20)
Problemas derivados del consumo excesivo de alcohol	30%	20%	50%
Problemas derivados del consumo excesivo de drogas	15%	10%	25%
Tentativas de suicidio	10%	25%	35%
Problemas respiratorios	15%	25%	40%
Problemas gastrointestinales	10%	15%	25%
Problemas dermatológicos	5%	5%	10%
Problemas de movilidad	10%	10%	20%
Mala situación higiénica	---	15%	15%
Mala nutrición	5%	20%	25%
Obesidad	10%	10%	20%
Enfermedades infecciosas	---	10%	10%
Seropositivo / SIDA	---	5%	5%

* El suceso reflejado tuvo lugar con anterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar

** El suceso reflejado tuvo lugar con posterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar

*** El suceso reflejado tuvo lugar antes y/o después de encontrarse en la situación de sin hogar

Tabla 4.3: Problemas de salud, consumo de sustancias psicoactivas y tentativas de suicidio en relación al momento en que los entrevistados en el estudio de aproximación inicial se encontraron sin hogar.

De entre los problemas médicos padecidos cabe destacar los relacionados con el sistema respiratorio y, en menor medida, los gastrointestinales y derivados de una mala nutrición, problemas que surgen con mayor incidencia posteriormente a la situación de sin hogar, encontrándose probablemente asociados a este circunstancia. Del mismo modo, los problemas relacionados con una mala situación higiénica, enfermedades infecciosas o ser seropositivos sólo surgieron con posterioridad a encontrarse sin hogar. Así, los problemas de salud, mayoritariamente, parecen ser una consecuencia de la situación de sin hogar más que una causa que conduzca a ella.

Todos los entrevistados habían fracasado en sus intentos de “normalización” de su estilo de vida. Probablemente, entre los factores que en muchos casos colaboran en la cronificación de la situación de sin hogar, puedan destacarse junto a los problemas económicos, el escaso apoyo familiar recibido por los entrevistados, a pesar de que más de la mitad manifiestan tener un contacto regular con la familia. Este contacto podría suponer un punto de anclaje en el proceso de rehabilitación, considerando que algunos de ellos hacen esfuerzos activos, aunque quizás inadecuados, por mantenerlo.

En la reconstrucción de las vidas de los entrevistados parece

descubrirse un cúmulo perverso de circunstancias que, a veces desde muy temprano, contribuyen al desarrollo de esta situación. Por otro lado, parece esencial intentar comprender el entramado causal subjetivo de las personas que sufren la condición de estar sin hogar. Entre otras cosas, la actitud hacia el cambio, el estado anímico, y la sensación de controlabilidad del curso de sus vidas va a estar muy determinado por la construcción de explicaciones que ofrezcan sobre el origen de su situación. Realmente no parece haber grandes discrepancias entre los factores causales alegados por los implicados y los que la literatura ofrece reiteradamente. En primer lugar, los factores fundamentales son económicos pero, como se descubrió a lo largo de las entrevistas, estos factores parecen fuertemente entrelazados con factores de índole afectiva personal. Es revelador que, también desde el propio juicio causal de los entrevistados, haya una fuerte interconexión entre factores aparentemente tan diversos. La droga y el alcohol también juegan un papel importante en las atribuciones causales de estas personas.

Otro hallazgo interesante es que en la autodescripción de sus vidas muy pocos entrevistados -en concreto, sólo dos- explican su situación como resultado de una decisión libremente adoptada, de lo que se desprende que la imagen romántica de estas personas -una suerte de individuos libres autoexiliados- es rotundamente inadecuada, por lo que la ausencia de intervenciones activas nunca debe justificarse, por tanto, en función de esta supuesta elección de un estilo de vida.

4.3.2.2. La institucionalización.

Un aspecto destacado es la elevada tasa de institucionalización entre los entrevistados, institucionalización en muchos casos temprana, que se entrelaza con experiencias, en general, de abandono y separación.

Sin duda, muchas de las PSH usuarias de albergues se encuentran inmersas en una situación de institucionalización, habitando en los albergues durante años, sometiéndose a las normas existentes en éstos, conviviendo con

gran cantidad de personas no elegidas por ellos, relacionándose a veces casi exclusivamente con trabajadores que prestan sus servicios en los centros...

Esta situación, en ocasiones, es resultado de una vida entorno a la institucionalización, con un comienzo precoz. El hecho de verse obligados a abandonar desde muy corta edad su entorno familiar para ingresar en algún tipo de institución, donde permanecen en ocasiones hasta el final de su adolescencia, se convierte no sólo en una clara vía de ruptura, sino también en el comienzo de un proceso de aprendizaje que conduce a la percepción de la institucionalización como una situación de “normalidad”.

Desde esta perspectiva, el hecho de que generalizadamente guarden sobre las etapas de institucionalización temprana un recuerdo desagradable es, si se quiere, secundaria en comparación con las consecuencias que pueden aparecer derivadas del desarraigo generado en relación a su entorno familiar. No debe olvidarse el importante papel que cumple la familia durante los primeros años de vida de la persona.

En los casos en que se observa una institucionalización temprana ésta parece venir derivada principalmente de motivos económicos -incapacidad de los padres para mantener a sus hijos o darles una educación adecuada- o por problemas en las relaciones familiares, que terminan con la separación del entorno familiar. La mayor parte de quienes abandonaron su hogar familiar lo hicieron para ingresar en instituciones de carácter religioso. Estas instituciones son muy criticadas por quienes las “padecieron”, guardando un mal recuerdo tanto de la normativa interna a la que se veían sometidos como del trato recibido por los religiosos que desempeñaban su labor en los centros.

Es muy probable, por tanto, que las carencias de apego estén de algún modo, desde el inicio, afectadas en una buena parte de las PSH. En definitiva, los cauces de socialización normalizados habituales están seriamente afectados en muchos de los entrevistados. El impacto de estos factores tan remotos sobre la creación de redes sociales protectoras estables, vínculos

emocionales duraderos, y procesos de apego normales parecen fuera de duda.

Otra situación de institucionalización por la que atravesó parte de los entrevistados fue el ingreso en prisión, ingreso en ocasiones precoz en “reformatorios”. Las estancias en instituciones penitenciarias aparece en pocas ocasiones y principalmente entre quienes denotan comportamientos antisociales o adicciones a sustancias psicoactivas. La vida en prisión es tal vez el exponente máximo de la institucionalización, observándose entre quienes la padecieron un especial rechazo a la estancia en albergues -donde denominan a los trabajadores “funcionarios”-, si bien recurren a ellos en momentos de necesidad. En ocasiones, la vida en prisión, lejos de acostumbrar y facilitar la estancia en los albergues, parece ser fuente de rechazo a éstos y de complicaciones con los trabajadores y resto de usuarios.

El servicio militar puede entenderse como una situación de “cuasinstitucionalización” considerando el necesario sometimiento a normas y horarios, la obligada convivencia con desconocidos, el sometimiento a la autoridad y, sobre todo, la larga duración del servicio militar en épocas pasadas. La mayor parte de los varones sin hogar entrevistados realizaron el servicio militar, si bien no lo recuerdan como una etapa especialmente desagradable. Muy al contrario, en ocasiones se detecta un cierto grado de satisfacción.

4.3.2.3. Acerca de los albergues.

Posiblemente sean los albergues los dispositivos más idiosincrásicos de todos aquellos orientados hacia las PSH, de ahí que se dedique a estos dispositivos una especial atención.

4.3.2.3.1. Antes de los albergues.

Previamente a recurrir a los albergues, muchos entrevistados convivieron con sus familiares pasando de allí, de forma directa, a convertirse

en usuarios de los albergues. Este hecho pone de manifiesto que en los países meridionales uno de los factores que en mayor medida contienen la incidencia del problema de encontrarse sin hogar es la familia. Sin embargo cuando este colchón de contención cede, surge con rotundidad el problema entre las personas sin recursos. Discusiones familiares fuertes -en ocasiones por problemas adictivos o de salud mental-, el deterioro de la convivencia con familiares de segundo grado -primos, cuñados, suegros, hijastros...-, las dificultades para mantener a terceras personas -pérdida de empleo, difícil situación laboral...-, etc. pueden terminar con una persona en la situación de sin hogar.

Una parte importante de los entrevistados recurrió a los albergues tras su paso por pensiones y hostales baratos, donde en ocasiones vivieron durante décadas. Algunos de ellos continúan alternando la estancia en los albergues -en situaciones de mayores carencias económicas- con la estancia en pensiones u hostales baratos -cuando se encuentran fuera de Madrid, disponen de un esporádico trabajo o los primeros días tras cobrar algún tipo de subsidio-.

Un fenómeno habitual entre los usuarios de albergue es el de la “puerta giratoria”, por lo que no sorprende encontrar quienes acceden a un albergue procedente de otro, rebotando así de albergue en albergue, recalando en diferentes ocasiones en un mismo dispositivo.

Resulta interesante destacar la existencia de un cierto desconocimiento entre muchos entrevistados de la red de albergues disponible. La mayoría conocen pocos servicios y su acercamiento inicial a los mismos tuvo lugar a través de la policía municipal, quien los encontró en la calle y acompañó al centro, en ocasiones en contra de su voluntad.

Son excepcionales quienes conocían los servicios antes de haber hecho uso de ellos por primera vez, lo que denota falta de información acerca de los mismos. Algunos los localizaron por mediación de sus propios familiares, quienes se informaban de su existencia. La colaboración de familiares y

profesionales a la hora de informar y convencer al usuario o la mediación de los profesionales de los servicios sociales generales son otras de las principales fuentes de información sobre la existencia y posibilidades de acceso a los albergues.

4.3.2.3.2. Tiempo de permanencia en los albergues.

El tiempo de permanencia en los albergues varía notablemente, observándose junto a usuarios con estancias breves algunos con estancias sumamente largas, en ocasiones de décadas, excediendo con mucho el tiempo que permiten las normativas internas de los centros y los objetivos para los que inicialmente se diseñaron los dispositivos. Quienes permanecen periodos de tiempo más largos suelen ser personas de avanzada edad, desarraigadas, con problemas de salud física o mental, personas que permanecen de forma cronicada en el centro principalmente por la ausencia de dispositivos adecuados para atender la problemática que presentan, tales como residencias para la tercera edad, dispositivos para enfermos mentales...

En el lado opuesto, quienes menos tiempo permanecen en los albergues son generalmente los usuarios más jóvenes, algunos de los cuales recurren a estos dispositivos para convalecer durante periodos breves de tiempo -recuperarse de alguna intervención quirúrgica o accidente, recuperarse de la dura vida en la calle, desintoxicarse de una adicción...-. Ahora bien, en ocasiones, estos periodos se prolongan más allá de lo inicialmente pretendido, si bien no llegan a derivar en una situaciones de clara cronicidad. El recurso a convalecer en dispositivos como los albergues, no diseñados para esta función, se convierte en indicativo de la inexistencia de centros específicos para recuperarse de enfermedades o superar determinados problemas -adicciones, crisis familiares...-.

Quienes se encuentran inmersos en el mencionado fenómeno de “puerta giratoria” normalmente acceden a un albergue procedente de otro, o tras haber abandonado este primero en una anterior ocasión, rotación que se

produce en función de las plazas disponibles y que suele generar permanencias relativamente breves. Junto a la decisión personal de abandonar el albergue por disponer de algún puesto de trabajo esporádico o percibir algún dinero, el agotamiento del plazo de permanencia en el centro, el deseo de “una mayor libertad” o el establecimiento de lazos afectivos “de corta duración” suelen ser los motivos más habituales que se esconden detrás del fenómeno de “puerta giratoria”. Generalmente, aquellas personas que se manifiestan como más problemáticas -foco de frecuentes discusiones y peleas con usuarios, trabajadores o voluntarios de los centros- parece rotar en mayor medida por los albergues, con tendencia a abandonar éstos voluntariamente o expulsados por sus problemas de conducta.

4.3.2.3.4. Perspectivas de futuro en la relación a los albergues.

Pese a la existencia de quienes prefieren vivir en las calles, aún con las dificultades que ello conlleva, resulta mayoritario el número de PSH que en alguna ocasión acceden a los albergues. Algunos de sus usuarios acceden bajo presión, pero en ocasiones terminan por sentirse relativamente cómodos en los dispositivos, donde aún accediendo de manera forzada permanecen por propia voluntad. Pero pese a que bastantes entrevistados tienen una relativamente buena opinión de los centros, resignándose a su permanencia en ellos, la práctica totalidad preferirían abandonar el dispositivo y normalizar su estilo de vida, apreciándose una especial premura entre los recién ingresados en el dispositivo.

La primera impresión de algunos entrevistados en su primer contacto con los albergues resultó bastante impactante, principalmente por la imagen que en ocasiones ofrecen algunos usuarios en estos dispositivos: personas ociosas, descuidadas en el vestir y con eventuales trastornos mentales. De hecho, algunos entrevistados pese a permanecer largos períodos de tiempo utilizando albergues no consiguen adaptarse a la convivencia con el resto de usuarios, encontrándose entre ellos notablemente incómodos. Quizás por ello muchos tratan de tomar una cierta distancia con respecto a los demás,

percibiéndose a sí mismos de forma marcadamente diferente al resto. En este sentido, algunos entrevistados centran una parte importante de sus quejas en las dificultades que encuentran para mantener unas relaciones aceptables con usuarios del propio centro, principalmente por problemas derivados del deterioro físico y mental que padecen muchos de ellos. Sin embargo, afortunadamente, quienes permanecen durante periodos largos de tiempo en los dispositivos generalmente consiguen hacer alguna amistad.

Una vez consolidadas las amistades, se llevan a cabo conjuntamente múltiples actividades: comer, “jugar la partida” o salir a “dar una vuelta”, haciendo causa común frente a las personas problemáticas con quienes, según ellos, se ven forzados a convivir. Gracias a estas redes sociales algunos usuarios se sienten acompañados, protegidos y cercanos a alguien, además de percibirse útiles, por tener a quien proteger. Estas redes sociales pueden prolongarse más allá del propio centro, dando lugar a la aparición de amistades que se convierten en fuente de apoyo emocional.

En lo que atañe a sus perspectivas de futuro, la mayor parte de los entrevistados incluía entre sus planes abandonar el albergue. Pero mientras algunos percibían su futuro con bastante resignación y de forma ajustada a la realidad, otros fantaseaban acerca del mismo, soñando con circunstancias aparentemente lejanas de su realidad. Entre los usuarios más realistas, pese a su deseo de abandonar el centro, se observa la incapacidad de estimar cuándo podrán hacerlo, incluyéndose quienes reconocen que de producirse en un breve plazo de tiempo dicho abandono probablemente tendría un carácter eventual.

Resulta interesante apuntar que la mayor parte de los entrevistados prefieran los albergues públicos a los privados -si bien no debe olvidarse que los entrevistas tuvieron lugar en un dispositivo público cómo es el Centro de Acogida Municipal de San Isidro-. En cualquier caso, es muy significativo que las opiniones expresadas sobre el personal técnico de los servicios sea muy positiva, en especial en lo referente a los trabajadores sociales.

4.3.2.4. Sobre otros servicios de asistencia.

El 90% de los entrevistados utilizaba los servicios sociales especializados -albergues, baños públicos, comedores...- con asiduidad. Sin embargo, sobre los servicios sociales generales existía un menor conocimiento y una menor utilización normalizada. Así, por ejemplo, eran muy pocos los que utilizaron centros de servicios sociales de zona, si bien es cierto que en estos servicios no existen programas especializados para PSH.

Junto a los albergues, uno de los servicios más idiosincrásicos enfocados hacia las PSH son los comedores sociales, frecuentados por prácticamente el 95% de los entrevistados, siendo las opiniones en relación a estos dispositivos muy heterogéneas. Ahora bien, incluso quienes manifiestan sentirse más satisfechos con el servicio preferirían poder prescindir de estos lugares para comer.

La comida que se ofrece en los comedores sociales, la limpieza y el personal que atiende estos servicios son generalmente considerados como adecuados por la mayor parte de los usuarios, si bien siempre existe quienes ponen de manifiesto recelos al respecto. En general, los usuarios tendían a ser fieles al servicio, recurriendo a éstos asiduamente, de forma que acudir a los comedores sociales terminaba por convertirse en una más de sus actividades diarias cotidianas.

La necesidad de asearse también puede suponer problema para las PSH. En Madrid existen algunos baños públicos que facilitan esta labor, los cuales eran utilizados regularmente por tan sólo unos pocos entrevistados, si bien los usuarios de albergues utilizan generalmente los aseos de estos dispositivos. En cualquier caso, pese a la incomodidad que lógicamente supone asearse en lugares públicos, las opiniones con respecto tanto a los baños públicos como a los aseos de los albergues tendían a ser positivas, especialmente en relación a la limpieza y temperatura que presentaban estos recursos.

A la hora de conseguir ropa, son mayoría quienes recurren a roperos públicos -o a los existentes en los propios albergues-. Si bien las quejas en relación a la ropa que pueden obtener no son generalizadas entre los entrevistados, sí se observa entre los usuarios de roperos una tendencia a seleccionar, en la medida de lo posible, la ropa a emplear, tratando de conservar en buen estado aquella que más les gusta, muchas veces no por comodidad sino por una cuestión de estética.

Gracias a la posibilidad de acceder a baños públicos y roperos, la limpieza, aseo y tipo de ropa de la mayoría de entrevistados los hace invisibles en situaciones normales, no destacando en este sentido entre la población con un estilo de vida normalizada.

Sin duda, las PSH son un colectivo de potenciales usuarios intensivos de servicios sociales, tanto específicos como generales, siendo sus interlocutores habituales los trabajadores sociales. Una parte de los entrevistados mantenían relaciones con estos profesionales, en ocasiones bastante fluidas, si bien pocas veces a través de los servicios sociales generales, siendo lo más habitual las relaciones con los trabajadores sociales de los albergues o en el servicio UMES. Estos contactos, en la mayor parte de las ocasiones, se orientaban a solucionar cuestiones de índole práctico: obtener el acceso a otros centros donde creían que mejoraría su situación, gestionar subsidios o subvenciones económicas, facilitar documentación... Pero los trabajadores sociales parecían jugar un importante papel en relación a las expectativas de futuro -búsqueda de recursos económicos, alojamientos, otros centros....- de los entrevistados, quienes centraban en gran medida sus esperanzas en las soluciones que les pudieran aportar estos profesionales. Este aspecto denota un elevado nivel de indefensión y una falta de confianza en sus posibilidades personales de cara a paliar su situación, incrementándose de esta forma su dependencia.

En general, las opiniones a cerca de los trabajadores sociales eran

positivas, cumpliendo de forma general las indicaciones hechas por estos profesionales. Sin embargo, siempre hay quien considera el trabajo de estos profesionales inútil y sesgado, llegando a considerarlos responsables de su situación, bien por su falta de interés, bien por su mala fe.

Finalmente, los entrevistados parecían conocer los servicios de salud, si bien no recurrían a ellos de forma asidua. Entre los usuarios de estos servicios las opiniones resultaban positivas. Mantenían con estos dispositivos una relación adecuada y aparentemente normalizada, acudían con cierta regularidad y seguían las prescripciones terapéuticas en proporciones prácticamente comparables a las de la población general.

4.3.2.5. Pensiones y subsidios económicos.

Los entrevistados carecían de recursos económicos, lo que les situaba en una posición de absoluta dependencia de las instituciones, incluso para aquellas cuestiones más básicas. Sin embargo, se observaba que un grupo -en su mayoría de avanzada edad- percibía pequeñas cantidades económicas, principalmente procedentes del Ingreso Madrileño de Integración (IMI), generalmente tramitado por trabajadores sociales. Si bien muchos de los entrevistados habían desempeñado actividades laborales -en ocasiones durante largos períodos de tiempo-, no percibían ningún tipo de subsidio por desempleo o pensión de invalidez.

La utilización que hacían del dinero percibido, en especial el derivado del IMI, puede resultar en ocasiones cuestionable -prostitución, drogas, alcohol, juegos de azar, lotería...-, pudiendo generar dudas sobre el efecto de estas ayudas en el proceso de integración de las personas que las perciben. El hecho de que, aún percibiendo prestaciones económicas, los entrevistados no accedieran a algún tipo de alojamiento puede encontrarse fundada en diferentes motivos: baja cuantía de las prestaciones en comparación con el precio de la vivienda -que les impide acceder a un alojamiento propio y digno-, hábito adquirido en algunos casos de permanencia en albergues, avanzada

edad de algunos entrevistados -que les hace preferir esperar para acceder a una residencia de la tercera edad antes que embarcarse en la aventura a la búsqueda de un nuevo lugar donde vivir-...

Curiosamente, y pese a encontrarse sin hogar, algunos entrevistados consideraban subjetivamente que disponían de suficientes recursos de subsistencia, procedentes de donativos familiares o de la percepción de ayudas públicas, lo que de cualquier manera no evitaba su condición de usuarios de albergues.

4.3.2.6. Las expectativas de futuro de los entrevistados.

Un aspecto realmente inesperado de esta investigación hace referencia a los datos sobre la propia visión que de sí mismos y su futuro tenían las personas entrevistadas. Mientras una mayoría contemplaba su situación como "Difícil", muy pocos la consideran "Insostenible". De hecho, la mayoría calificaba su estado como "Transitoria". La desesperanza, por lo tanto, no parece un elemento que articule la experiencia vital de las PSH. El margen de maniobra para la intervención, desde este punto de vista, parece estar en buena medida asegurado. En este mismo sentido, existía una clara sintonía entre las personas entrevistadas en considerar -por amplia mayoría- que el futuro no sería peor de lo que les deparaba su dura situación actual. Aunque esta observación pueda parecer obvia, no lo es. Si la esperanza es el elemento que sustenta a los individuos, las PSH aún conservan ese elemento básico (Epel, Bandura y Zimbardo, 1999). El dato en sí mismo es elocuente y merecedor de reflexión, sin que deba imponerse ningún criterio de verdad a este sentimiento. Simplemente, como sucede con la mayoría de las personas, las ilusiones positivas son un elemento vertebrador fundamental de la experiencia humana (Avia y Vázquez, 1998; Taylor, 1989) y, en este sentido, los juicios de las PSH no se alejan cualitativamente de las tendencias del resto de los ciudadanos.

Finalmente, resulta interesante reseñar un punto relacionado con la

posesión de documentos, al observarse que prácticamente el total de los entrevistados tenían en regla tanto el Documento Nacional de Identidad como la Tarjeta de la Seguridad Social. Estos datos podrían resultar indicativos de que, en cierta medida, intentaban mantener un cierto contacto con la vida normalizada, cuestión que, por otro lado, les facilitaba el acceso a determinados lugares y ahorraba problemas con la policía. Sin embargo, una interpretación más interesante lleva a destacar que este tipo de documentos pueden convertirse en elementos básicos para el mantenimiento de la identidad personal –psicológica- en personas que no poseen ningún otro elemento de identidad -propiedades, estilo de ropa, vivienda...- y este fenómeno puede estar ocurriendo en esta población que, por otra parte, siempre parece “cargar” con algunos pocos documentos en sus bolsillos -carnets, cartas, etc.- como máximo exponente de su existencia social y de su historia personal, siendo ésta, junto a la de refugio, una de las funciones esenciales que cumple el disponer de una vivienda.

4.3.3. APORTACIONES DEL ESTUDIO.

Esta aproximación realizada a la situación de las PSH en Madrid permitió profundizar en las características de este colectivo, confirmando una serie de aspectos que no por esperados resultan menos relevantes y permitiendo la observación de circunstancias no previstas, tales como el elevado número de cambios de residencia o la gran cantidad de procesos migratorios presentes entre las PSH.

El bajo nivel cultural y la escasa capacitación laboral de las PSH entrevistadas, junto a la circunstancia de que la mayor parte de ellas hubiesen trabajado en anteriores etapas de su vida pero, en el momento de la entrevista, fuesen mayoritariamente parados de larga duración, impulsó el interés por el estudio de la historia laboral de las PSH. Junto a ello la observación de que, pese a haber trabajado en la mayor parte de los casos, ningún entrevistado percibe prestación por desempleo, y que la única prestación que alcanza a un cierto grupo de entrevistados –en su mayoría de avanzado edad- sea el IMI

remarca el interés por conocer la disponibilidad de recursos económicos entre las PSH. Como consecuencia, en el instrumento diseñado para el desarrollo del trabajo se incluyó un apartado orientado a indagar sobre la historia laboral de los sujetos y los recursos económicos disponibles por los mismos.

Igualmente, al constatar la desproporcionada cantidad de sucesos vitales padecidos por los entrevistados así como las importantes carencias presentadas en sus relaciones sociales y familiares -circunstancias ambas que parecen arrastrar los entrevistados desde la infancia-, se decidió prestar una especial atención a estas variables, incluyendo en el instrumento final apartados específicos tanto para recoger la historia vital de las PSH como los eventos vitales padecidos y su incidencia en su situación, así como para valorar las redes sociales disponibles y la percepción subjetiva de su potencia.

La importancia de los problemas asociados al consumo de alcohol u otras sustancia psicoactivas y el aparente mal estado de salud manifestado por los entrevistados a lo largo del trabajo impulsaron el estudio de estas cuestiones, estableciéndose a tal efecto en el instrumento de recogida de información apartados específicos destinados a evaluar dichas circunstancias.

Pero el presente trabajo centra su atención de forma especial en la relación de las PSH con los servicios orientados a paliar sus necesidades. En este sentido pudo constatar, por ejemplo, la existencia de estancias de larga duración -en ocasiones durante décadas- en los albergues y la situación de “cuas institucionalización” presente entre algunos entrevistados -principalmente aquellos de más avanzada edad-. Del mismo modo, la observación de aspectos tales como la gran heterogeneidad de las personas que recurren a los albergues, la extendida presencia del fenómeno de “puerta giratoria”, el “acomodamiento” de algunos entrevistados a la vida en estos dispositivos, la función que en ocasiones cumplen como proveedores de apoyo social, etc. tuvieron gran utilidad en el diseño y redacción de los items del apartado destinado a la extracción de datos sobre los albergues en el instrumento final.

La aproximación a la situación de las PSH permitió igualmente constatar que los comedores sociales son los servicios más utilizados por este colectivo en Madrid, hacia los cuales sus usuarios demuestran gran fidelidad, si bien manifestando opiniones heterogéneas y en ocasiones contrapuestas sobre la opinión que les merecen. Por contra, la utilización de baños públicos o roperos no resulta tan masiva. En relación a otros diferentes servicios, resulta interesante remarcar que se observó una buena relación de las PSH de Madrid con los trabajadores sociales, especialmente con aquellos que desarrollan su función en los albergues, si bien son poco conocidos los servicios sociales generales. Asimismo, las PSH manifestaron tener conocimiento de la UMES y una relación muy normalizada con los servicios de salud. Todos estos aspectos fueron tenidos en cuenta a la hora de seleccionar las variables objeto de estudio y redactar los items del instrumento final empleado en la recogida de datos.

4.4. ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EL ÁMBITO Y CARACTERÍSTICAS MUESTRALES (“NOCHE S”).

El principal objetivo a conseguir mediante la realización de la noche de muestreo, o “Noche S”, era estimar el número de PSH que no utilizaban ningún tipo de recurso social -albergues, comedores sociales, baños, roperos, etc.- durante de un período de 4 semanas. La importancia de este dato resulta de gran relevancia a la hora de realizar un muestreo representativo de las PSH en la ciudad de Madrid, dado que el conocimiento de este dato permite estimar el porcentaje de PSH que se perdería al realizar distintos tipos de muestreos en los recursos.

La “Noche S” ha sido utilizada para identificar el mayor número posible de PSH en áreas urbanas que en una noche dada se encuentran durmiendo literalmente en la calle. La estrategia básica consiste en realizar un recorrido por las calles de la ciudad identificando a todas aquellas personas que se encuentran durmiendo en la misma. Para ello, se escoge un noche de máxima ocupación en los recursos de la ciudad -generalmente noches de frío intenso- y

se recorre un número determinado de calles o áreas de la misma. La selección de áreas puede hacerse mediante procedimientos aleatorios por distritos o manzanas -más útiles en zonas urbanas con un gran número de PSH- o mediante procedimientos guiados en los que se seleccionan aquellas calles o áreas que reúnen una mayor concentración de PSH -más útiles en zonas urbanas con un número pequeño de PSH-. Los cuestionarios utilizados en este tipo de trabajos deben ser muy sencillos. De hecho, dada la situación y la hora en que se realizan los contactos, generalmente se reducen a una sencilla “Hoja de Contacto” con algunas preguntas muy breves y/o observaciones del entrevistador.

En el presente trabajo, tras la consulta con expertos, y dado el relativamente pequeño número de PSH que pernoctaban en las calles de Madrid, se consideró como estrategia más interesante utilizar un muestreo guiado, entendiéndose oportuno que la actividad tuviese lugar durante un período invernal -para garantizar de esta manera que los albergues se encuentren al límite de su ocupación-, evitando su coincidencia con un fin de semana, día festivo o víspera de festivo -dado que en estas situaciones se dificulta la localización de PSH por la gran cantidad de gente en las calles-. Así pues, y en función de dichas consideraciones, para la realización de la “Noche S” se seleccionó la noche del martes 20 al miércoles 21 de enero de 1997.

4.4.1. INSTRUMENTO.

Los datos obtenidos durante la “Noche S” se recogieron mediante un instrumento de gran sencillez, diseñado a modo de *screening*, creado conforme a los apartados utilizados habitualmente en muestreos de estas características y que se recoge en el anexo 3.

El cuestionario fue diseñado para reflejar, de forma previa al abordaje de las PSH, la hora exacta del contacto, el género, edad y procedencia estimada del entrevistado. De esta forma se recogieron estos datos independientemente de que la persona posteriormente accediera a contestar al

cuestionario o fuera considerada no apta para hacerlo. La edad de los entrevistados fue recogida en función de cuatro intervalos previamente determinados -empleados en trabajos del Instituto Nacional de Estudios Demográficos francés (Marpsat, 1995)-. Por su parte, la procedencia se reflejó en función de ocho posibles adscripciones, en principio las consideradas más esperables en función de la información aportada por los expertos consultados.

Tras reflejar estos datos se invitaba a los sujetos a contestar únicamente tres preguntas referentes a la utilización de recursos: la primera para identificar el uso de albergues durante las últimas cuatro semanas; la segunda para identificar el uso de comedores sociales en el mismo período, y una tercera abierta para identificar el uso de cualquier otro recurso durante dicho período de cuatro semanas.

4.4.2. PROCEDIMIENTO.

De acuerdo a la estrategia guiada que se empleó durante la “Noche S”, y con la intención de localizar la mayor cantidad de PSH posible, se seleccionaron tres áreas de muestreo a partir de la información procedente de:

- a) Reuniones con expertos -Técnicos de la administración, UMES, voluntarios de las organizaciones no gubernamentales Médicos del Mundo y Solidarios para el Desarrollo...-.
- b) Experiencia del equipo en investigaciones anteriores con PSH (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995).
- c) Realización de una “Noche piloto” previa, en la que miembros del equipo de investigación, en compañía de personal de la UMES recorrieron las zonas susceptibles de ser utilizadas en mayor medida para pernoctar por PSH.

En función de esta información, se establecieron unas áreas de muestreo para la “Noche S” tratando de incluir aquellas zonas en las que la concentración nocturna de PSH resultaba más elevada, áreas que aparecen reflejadas en la figura 4.1. Paralelamente se organizaron tres equipos de entrevistadores -compuestos por un psicólogo (miembro del equipo de

investigación) y dos encuestadores (estudiantes de segundo ciclo de psicología)- que se distribuyeron en tres áreas de la siguiente manera:

- Equipo 1: acompañado por un trabajador de las UMES, recorrió las siguientes zonas: Desde la Glorieta de Carlos V hasta los alrededores de la antigua Estación Sur de Autobuses de Palos de la Frontera, Plaza de Colon y alrededores y Calle de Alenza y alrededores.
- Equipo 2: siguiendo los consejos de la ONG Solidarios para el Desarrollo recorrió las zonas aledañas al eje formado por las siguientes calles: Calle de la Princesa, Plaza del Callao, Calle del Carmen, Calle de Preciados, Puerta del Sol y Calle de Atocha, hasta la Glorieta de Carlos V.
- Equipo 3: acompañado de un miembro de las UMES, recorrió las siguientes zonas: Zona de Azca, Calle del Dr. Esquerdo y alrededores y Calle del Alcalde Sainz de Baranda y alrededores.

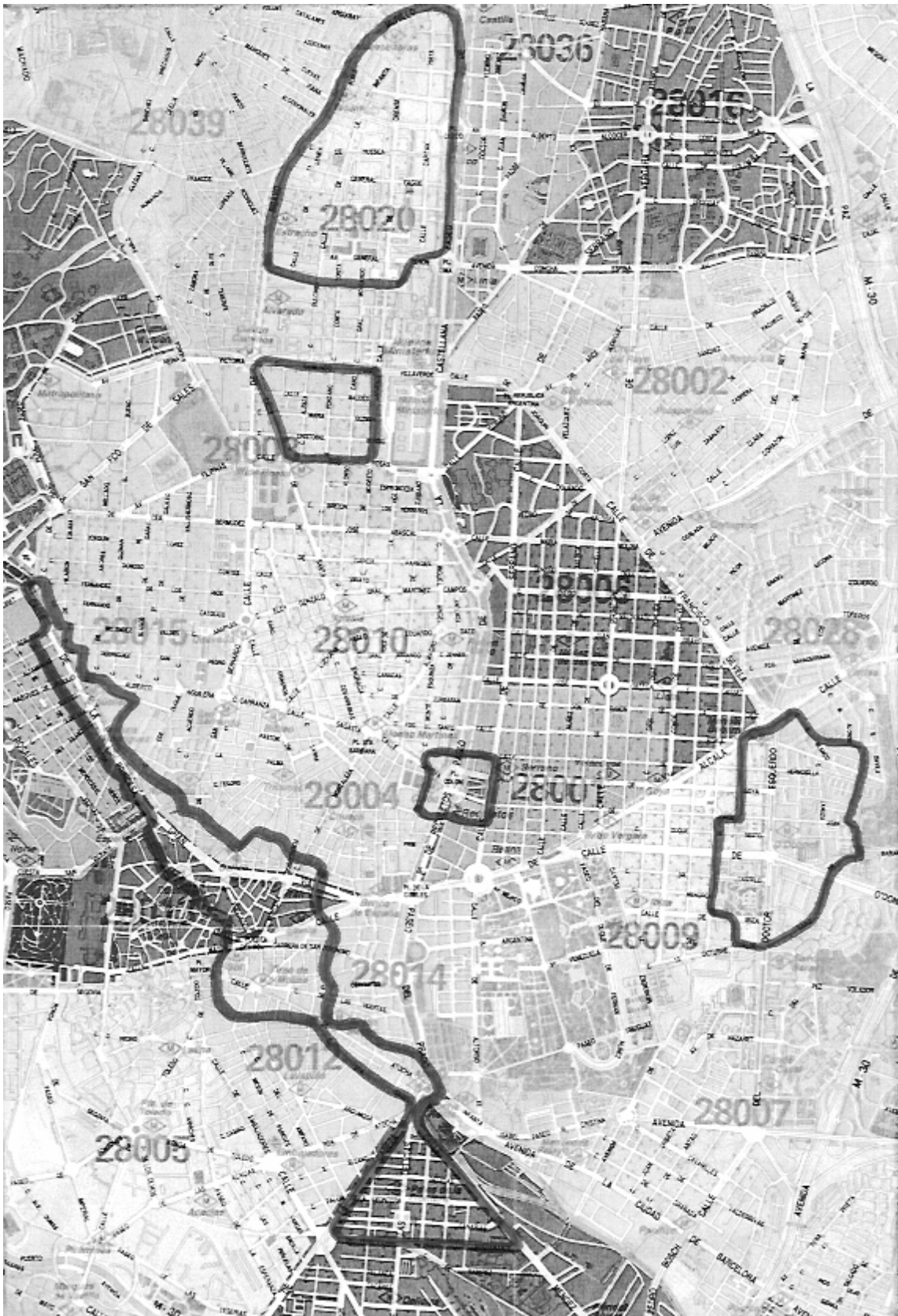


Figura 4.1: Áreas muestreadas durante la “noche-S” en la ciudad de Madrid.

Cada uno de los equipos realizó un “barrido” por las zonas indicadas entre las 22:00 horas del día 20 y las 3:30 horas del día 21 de enero.

Una vez localizados sujetos susceptibles de ser entrevistados, un miembro del equipo se dirigía a ellos y, tras ofrecerles un café caliente, les solicitaba contestar al breve cuestionario.

4.4.3. SUJETOS.

Fueron considerados sujetos susceptibles de ser entrevistados todas aquellas personas que:

- se encontraban durmiendo en la calle, coches, edificios abandonados, solares...
- manifestaban actitudes indicativas de disponerse a pasar la noche en los lugares señalados -agrupando cartones, cubriéndose de ropa, acondicionando lugares, disponiéndose a cenar en la calle...-,
- presentaban evidentes muestras de pernoctar en la calle -niveles de suciedad elevados, transporte de elevadas cantidades de útiles personales...-.

Se consideraron “no aptos” para responder al cuestionario aquellas personas profundamente dormidas que no atendieron a los requerimientos de los entrevistadores, los sujetos que presentaban un grave deterioro cognitivo o aquellos con elevados niveles de confusión derivados de una intoxicación por alcohol u otras sustancias psicoactivas.

4.4.4. RESULTADOS

Del total de personas abordadas a lo largo de la “Noche S” -62 personas-, el 61.3% -38 personas- aceptaron contestar a la entrevista, el 4.8% -3 personas- rehusaron hacerlo y el 33.3% -21 personas- fueron considerados no aptos para ello. En la tabla 4.4. aparecen reflejados los datos correspondiente a las respuestas obtenidas de las 38 personas que se

prestaron a contestar al cuestionario:

Servicios (n=38)	Sí lo utilizan
Comedores	63.2% (24)
Albergues	31.6% (12)
Baños.	23.7% (9)
Roperos.	13.2% (5)
Servicios sanitarios.	2.6% (1)
Parroquias.	5.3% (2)
Servicios de salud mental.	---- (0)
UMES.	---- (0)
CEDIA.	---- (0)
Otros alojamientos.	---- (0)
Otros.	5.3% (2)

Tabla 4.4: Utilización de servicios en las últimas cuatro semanas por las PSH que contestaron al cuestionario durante la "Noche S".

Si se asume que la suma del total de plazas ocupadas en albergues en el momento de llevar a cabo la "Noche S" -todas las disponibles estaban ocupadas = 1086- y las personas entrevistadas en la calle durante esta "Noche S" -n = 62- representan un muestreo representativo del universo de PSH que aquella noche había en Madrid, entonces se dispone de una muestra total de 1149 PSH. De éstos:

- a) el 95.5% (1098 PSH) utilizaron albergues en las últimas 4 semanas.
- b) el 97.0% (1115 PSH) utilizaron albergues o comedores sociales en las últimas 4 semanas.
- c) el 97.4% (1119 PSH) utilizaron albergues, comedores sociales o baños en las últimas 4 semanas.
- d) el 97.5% (1120 PSH) utilizaron albergues, comedores sociales, baños o roperos en las últimas 4 semanas.

4.4.5. CONCLUSIONES.

En función de lo anterior puede concluirse que, realizando un muestreo que incluyese todos los días de la semana, la estratificación por tipo de recurso en albergues y comedores y que se prolongase durante 4 semanas o tuviera en cuenta este período en la redacción de las preguntas del cuestionario, se accedería al 97% de las PSH en el caso de Madrid. Ampliar el muestreo a los estratos de baños sociales y roperos solamente aumentaría un 0,5% de

representatividad, aumentando por contra los costes de una forma muy significativa.

4.5. CONCLUSIONES DE LAS ACCIONES Y ESTUDIOS PRELIMINARES.

Como conclusión, y a modo de resumen, se recogen a continuación las principales utilidades extraídas a partir de las acciones y estudios preliminares desarrollados:

- Los contactos con expertos de equipos nacionales e internacionales permitieron tanto la realización de un diseño de calidad para el estudio como el ajuste del trabajo a los desarrollos y líneas de investigación más actualizadas. Asimismo, gracias a los contactos con expertos pudo tenerse en consideración necesidades ya observadas entre las PSH, permitiendo centrar la atención en los temas considerados de especial relevancia.
- La realización de un listado exhaustivo de servicios permitió disponer de un instrumento de gran utilidad a la hora de realizar la planificación del muestreo, el cual se desarrolló de forma proporcional en la totalidad de albergues y comedores sociales de la red. De la misma forma, el listado resultó determinante para la corrección de los resultados a través de un adecuado sistema estadístico de pesos -como se verá más adelante- y la corrección de posibles sesgos por efecto del día de realización de la entrevista -festivo o laboral-.
- El estudio de aproximación a la situación de las PSH en Madrid permitió no sólo conocer más de cerca la realidad y relación con los servicios de las PSH, sino que posibilitó la extracción de gran cantidad de ideas que contribuyeron en la selección de las variables objeto de estudio y en la determinación de los ítems orientados a evaluar cada una de las áreas seleccionadas.
- Finalmente, gracias a los resultados obtenidos en la “Noche S” pudo observarse la conveniencia de llevar a cabo el muestreo únicamente en albergues y comedores sociales, todos los días de la semana y durante un periodo de tiempo de cuatro semanas.

Capítulo 5

MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en el área urbana de la ciudad de Madrid, que cuenta con una población de aproximadamente tres millones de habitantes. En Madrid, estimaciones basadas tanto en estudios de campo (Infante, Jerónimo y Martín, 1990) como en estadísticas facilitadas por los servicios (Cáritas Española, 1997; Grupo 5, 1994) situaban el número de PSH en un rango amplio que abarca desde las 1500 a las 3000 personas. En el momento de la realización del trabajo de campo -invierno de 1997- existía en Madrid una red de recursos residenciales para PSH que incluía diez albergues -públicos y privados-, encontrándose habilitados dos centros especiales para albergar a PSH -Pabellón de Mayoriales de la Casa de Campo y estación de metro de Atocha- en calidad de dispositivos de emergencia durante períodos invernales. El total de plazas en los albergues era de 1086, encontrándose los dispositivos al 100% de su capacidad. Esta situación de plena ocupación suele ocurrir en Madrid únicamente durante los períodos invernales de frío intenso, ocupación que da lugar a la apertura de los dispositivos de emergencia señalados.

El diseño final de la investigación se llevó a cabo en función de los datos obtenidos mediante las actividades previas -recogida de documentación, reuniones con expertos, listado de recursos, aproximación a la situación de sin hogar y "Noche S"-, datos que determinaron tanto el desarrollo de los instrumentos como la selección de los sujetos, los procedimientos y los lugares seleccionados para el muestreo.

5.1. SUJETOS.

El criterio de inclusión en la muestra se definió de la siguiente forma: personas mayores de 18 años de edad que la noche anterior a la realización de

la entrevista pernoctasen en alguno o varios de los siguientes lugares: calle, albergues para PSH, centros de emergencia o lugares no habilitados para la vida humana: edificios abandonados, coches, estaciones de metro, soportales, subterráneos...

Fueron considerados sujetos no aptos para ser incluidos en la muestra aquellos que presentaban un discurso incoherente -derivado de déficits cognitivos producidos por un trastorno mental- o quienes, por encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras sustancia psicoactivas, se consideró que no se encontraban en disposición de aportar datos suficientemente consistentes a la investigación.

Considerando las discrepancias existentes en los trabajos que intentan establecer el número de PSH en Madrid (con datos que oscilando entre las 1500 y 3000 PSH), para calcular el tamaño de la muestra se tomó en consideración el universo de servicios por día que ofrecían los distintos albergues (un total de 1086 plazas conforme al listado previamente realizado) y los datos obtenidos durante la realización de la "Noche S" (se contabilizaron 62 personas durmiendo en la calle). A partir de estos datos, y utilizando la fórmula genérica para obtención de una muestra aleatoria para poblaciones finitas, el tamaño resultante para un nivel de confianza del 95% fue de $n = 300$ (Muñoz, Vázquez, Vázquez *et al*, en prensa).

5.2. INSTRUMENTO.

El instrumento utilizado en la investigación se diseñó a modo de entrevista estructurada, incluyendo todos aquellos aspectos considerados de relevancia. El instrumento completo incluía una hoja de contacto y un abanico amplio de ámbitos de estudio: características demográficas, empleo y recursos económicos, salud física y mental, historia y sucesos vitales, apoyo social, utilización de servicios, derechos ciudadanos y expectativas de futuro.

La selección de las variables e ítems se llevó a cabo conforme al siguiente procedimiento:

1. Revisión bibliográfica y documentación sobre estudios realizados en el área de la exclusión social y las PSH.
2. Consideración de los aspectos más relevantes obtenidos del estudio de aproximación inicial a la situación de las PSH en Madrid, principalmente aspectos relativos a la infancia e historia personal y familiar, eventos vitales, relación con los servicios (albergues, comedores sociales, roperos, baños, servicios sociales...), institucionalización, apoyo social percibido, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, problemas de salud...
3. Contactos con algunos de los principales grupos de trabajo nacionales e internacionales, lo que entre otras cosas permitió el acceso a:
 - a) Cuestionarios utilizados en anteriores trabajos de investigación internacionales en el área de las PSH:
 - *Course of Homelessness Study Questionnaire*. RAND Corporation. Los Angeles. Estados Unidos (Koegel, 1995).
 - *Course of Homelessness Study Follow-up Spanish Questionnaire*. RAND Corporation. Los Angeles. Estados Unidos (Koegel, 1995).
 - *The Washington D.C. Metropolitan Area Drug Study. Homeless and Transient Population Drug Study*. National Institute on Drug Abuse. Washington, D.C. Estados Unidos (Thornberry, Ardini y Dennis, 1991).
 - *National Survey of Health and Stress*. Survey Research Center. Universidad de Michigan. Estados Unidos (Survey Research Center, 1992).
 - *Survey of Health and Well-Being among People With Housing Needs. Hostels and PSL Schedule*. Londres. Gran Bretaña (Meltzer, 1994).
 - *Enquête n° 142*. Institut National D'Etudes Demographiques. París. Francia (Marpsat, 1995).

- *MHSE Evaluation Grid*. Bruselas. Unión Europea. (Leonori, Muñoz, Vázquez *et al*, 1994).
- b) Estudios de ámbito nacional con población general:
- *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Fundación FOESSA (Juárez, 1994).
 - Estudio de las necesidades sociales en Aragón. Universidad Pública de Navarra. Pamplona (Aguilar y Laparra, 1994).
 - Entrevista sobre hábitos de vida y salud. Facultad de Psicología UCM. OMS (Cruzado, Muñoz y Vázquez, 1993)
4. Elección inicial, a partir de las diversas fuentes consultadas, de las variables objeto de estudio y determinación inicial de los ítems orientados a evaluar cada una de las áreas seleccionadas.
 5. Construcción de un instrumento piloto. Durante la construcción de dicho instrumento piloto se prestó especial atención a la elección de los ítems, su redacción y el marco temporal a que hacían referencia. Se introdujeron áreas de contenido utilizadas en otras investigaciones -con una redacción literal o ligeramente modificada-, de forma que permitiesen posteriores comparaciones.
 6. Envío de copias del instrumento piloto a expertos nacionales, exponiendo el objetivo de la investigación y solicitando que, tras la revisión del instrumento, remitiesen su opinión sobre la selección de áreas de contenido, la representatividad de los ítems y su adaptación a la población objeto de estudio.
 7. Inclusión de los comentarios remitidos por los expertos nacionales y elaboración de un borrador del instrumento final.
 8. Administración de 50 cuestionarios a población general con el fin de pilotar su funcionamiento. El estudio piloto permitió la corrección de defectos de

forma y el entrenamiento de entrevistadores y codificadores.

El instrumento finalmente elaborado abarcaba todas las facetas recogidas del conjunto de instrumentos revisados, a las que se añadieron aquellos aspectos sugeridos por los expertos que fueron considerados procedentes. Se utilizaron para redactar las secciones aquellos ítems que resultaban más exhaustivos, breves y coherentes, tanto con el global de la entrevista como con el entorno coyuntural en que se desarrollaría la misma. Así, el instrumento final quedó conformado con las siguientes secciones -en el Anexo 4 se encuentra recogida la sección J (Utilización de servicios)-:

- A. Hoja de Contacto.
- B. Pesos (4 ítems).
- C. Demográficos (10 ítems).
- D. Empleo y recursos económicos (66 ítems).
- E. Salud (114 ítems).
- F. Salud mental (52 ítems).
- G. Historia (29 ítems).
- H. Sucesos vitales (93 ítems).
- I. Apoyo social (90 ítems).
- J. Utilización de servicios (171 ítems).
- K. Derechos ciudadanos y expectativas de futuro (45 ítems).

A. Hoja de contacto: instrumento de fácil cumplimentación que no requiere de las respuestas del sujeto. Su principal utilidad radica en permitir recoger junto a la hora de contacto una serie de características básicas de los sujetos -género, edad aproximada, procedencia estimada- antes de realizar el contacto, disponiendo de esta forma de una serie de datos con independencia de la posterior realización de la entrevista. Del mismo modo, la hoja de contacto permite recoger los motivos por los que podría considerarse “no apto” a un sujeto, la posibilidad de que hubiese contestado previamente la entrevista -y el lugar donde lo habría hecho- y el lugar de cita en caso de que la entrevista hubiese sido postpuesta.

B. Pesos (4 ítems): a fin de poder establecer posteriormente la estrategia de

ponderación de los datos, en este apartado se recoge –convenientemente codificados- la eventual utilización por el sujeto entrevistado de albergues y/o comedores sociales durante las últimas 24 horas: lugar dónde pasó la noche, y lugar o lugares dónde desayunó, almorzó y cenó.

- C. Demográficos (10 ítems): apartado que recoge las principales características demográficas de los entrevistados. Dos de los ítems empleados resultan equivalentes a los utilizados en el estudio FOESSA (Juárez, 1994) y uno al utilizado en la *Enquête n° 142* del *Institut National D'Etudes Demographiques* de París (Marpsat, 1995).
- D. Empleo y recursos económicos (66 ítems): apartado que centra la atención en cuestiones relativas a la historia laboral –tanto familiar como personal-, actual situación de empleo y disponibilidad de recursos económicos por parte de los entrevistados. De sus 66 ítems, 36 son equivalentes a los utilizados en el Estudio de las Necesidades Sociales en Aragón (Aguilar y Laparra, 1994) y seis a los empleados en el estudio FOESSA (Juárez, 1994).
- E. Salud (114 ítems): apartado que recoge cuestiones relativas a la salud física de los entrevistados. De los ítems empleados dos son equivalentes a los utilizados en el estudio FOESSA (Juárez, 1994), nueve equivalentes a los empleados en el *Survey of Health and Well-Being among People With Housing Needs* (Meltzer, 1994) y once equivalentes a los utilizados en el *National Survey of Health and Stress* (Survey Research Center, 1992).
- F. Salud mental (52 ítems): apartado que recoge las cuestiones relativas a la salud mental y el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Para evaluar la salud mental de los sujetos entrevistados se emplea el GHQ-28 (Goldberg y Williams, 1996) -28 ítems-. Se emplea el CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974) -4 ítems- para evaluar posibles problemas derivados de un consumo excesivo de alcohol y un cuestionario adaptado del Plan Nacional Sobre Drogas (1994) -19 ítems- para recoger los aspectos relativos al consumo de sustancias psicoactivas.
- G. Historia (29 ítems): apartado que recoge aspectos relativos a la historia vital de los entrevistados, desde su infancia al momento actual, con especial atención a los aspectos relativos a situaciones de exclusión social. De los

- 29 ítems, seis son equivalentes a los utilizados en el *Course of Homelessness Study Questionnaire* (Koegel, 1995) y cuatro equivalentes a los empleados en la *Enquête n° 142* del *Institut National D'Etudes Demographiques* de París (Marpsat, 1995).
- H. Sucesos vitales (93 ítems): en este apartado se recogen treinta eventuales sucesos vitales estresantes -a partir de los recogidos en el LTE por Brugha y Cragg (1990)- sobre los que los entrevistados debían señalar si los habían padecido y, en su caso, la edad en que les aconteció y la probabilidad estimada de su incidencia en la génesis o mantenimiento de la situación de sin hogar -en una escala de 1 a 4 donde 1 significa “muy improbable” y 4 “muy probable”-.
- I. Apoyo social (90 ítems): apartado que recoge aspectos relativos al apoyo social percibido por los entrevistados, con especial incidencia en lo relativo a la pareja, familia, amigos con hogar y otras personas sin hogar, desestimándose finalmente recoger información a este respecto relativa a los profesionales que desarrollan su actividad en los diferentes servicios. De los 93 ítems, 47 resultan equivalentes a los empleados en el *Course of Homelessness Study Questionnaire* (Koegel, 1995) y uno equivalente a un ítem utilizado en el estudio FOESSA (Juárez, 1994).
- J. Utilización de servicios (171 ítems): este apartado -el más numeroso de los que conforman el instrumento- constituye la base del presente trabajo, encontrándose recogido en el anexo 4. Centra su atención en el análisis de los servicios más característicos de entre los orientados a paliar los principales problemas de las PSH: alojamiento, alimentación, ropa y aseo personal. En el apartado se analizan las estrategias empleadas para paliar las principales necesidades, la satisfacción alcanzada en el uso de los servicios y los motivos de no utilización de los mismos. Asimismo se ocupa, si bien en menor medida, de otros servicios que, siendo utilizados por el colectivo de las PSH, no se encuentran tan idiosincrásicamente relacionados con ellas.
- K. Derechos ciudadanos y expectativas de futuro (45 ítems): este último apartado analiza una gran variedad de cuestiones relativas a las PSH: actividades de ocio y tiempo libre, acceso a la información, victimización y

relación con la policía, aceptación en lugares públicos, disponibilidad de documentación, ejercicio de derecho a voto, percepción subjetiva de la propia situación o expectativas de futuro. De los 45 items, siete son equivalentes a items empleados en el *MHSE Evaluation Grid* (Leonori, Muñoz, Vázquez *et al*, 1994) y dos equivalentes a los utilizados en el estudio FOESSA (Juárez, 1994).

Por último, y con la finalidad de poder localizar a los entrevistados para una eventual posterior entrevista, se recogían todos aquellos datos que pudiesen facilitar su localización -nombre, apodo, lugares de permanencia habituales, dirección de familiares, teléfonos...-. Igualmente, en este apartado se recogía la hora de finalización de la entrevista y los motivos que pudieran haber motivado una posible interrupción de la misma.

El tiempo necesario para la administración de la entrevista estructurada se estimó en aproximadamente 1 hora.

Como se señaló, del total de las áreas cubiertas por el instrumento el presente trabajo centra la atención de forma principal en el apartado J (Utilización de servicios) con 171 items, si bien de forma colateral se utilizan datos procedentes de la totalidad de apartados.

5.3. PROCEDIMIENTO.

5.3.1. ENTREVISTADORES.

El equipo de entrevistadores se encontraba compuesto por quince estudiantes de Segundo Ciclo de la Licenciatura de Psicología, seleccionados de entre un numeroso grupo de voluntarios.

Para organizar la actividad, se formaron equipos de entrevistadores cuyo número de miembros oscilaba en función de las entrevistas a realizar en los

centros asignados. Los miembros de cada grupo recibieron entrenamiento específico en la utilización del instrumento y en el trato social con PSH y personas que padecen procesos de marginación en general. Los equipos de entrevistadores se encontraban supervisados por tres coordinadores, licenciados en psicología –entre ellos el firmante del presente trabajo-, y encargados de establecer y mantener el contacto con los centros y de supervisar y marcar el ritmo de la toma de datos.

Cada entrevista realizada era revisada por alguno de los supervisores del equipo a fin de asegurar su correcta cumplimentación y optimizar la fiabilidad y validez de los datos. Posteriormente los datos eran codificados en una base informatizada por cuatro estudiantes de Segundo Ciclo de la Licenciatura de Psicología entrenados al efecto.

5.3.2. MARCOS MUESTRALES Y ESTRATEGIAS DE MUESTREO.

En función de los datos recogidos durante la “*Noche S*” se seleccionaron los dos marcos muestrales que mantenían una mejor relación costo/beneficio: albergues para PSH y comedores sociales. Se calculó que la utilización de ambos marcos muestrales permitía el acceso al 97% de las PSH en Madrid.

Con la finalidad de minimizar los sesgos estacionales (Susser, Conover y Struening, 1989), el marco temporal seleccionado para el muestreo fue restrictivo, desarrollándose la recogida de datos a lo largo de cuatro semanas (dado que los resultados de la “*Noche S*” resultaban extrapolables a este período de tiempo) entre los meses de febrero y marzo de 1997.

Se realizaron entrevistas todos los días de la semana, con lo que se corregían posibles sesgos derivados de la condición de festivo o laborable del día -el número de usuarios variaba en función de ser día laborable o festivo y algunos comedores sociales no ofrecían sus servicios en días festivos-. Además, se estableció una distribución proporcional en la recogida de los datos en cada centro: en los recursos que prestaban servicios los días festivos el

70% de contactos se realizaron en días laborables y el 30% en domingos o días festivos, proporción que responde a los porcentajes de servicios ofrecidos en conjunto en ambos tipos de días.

Para diseñar las estrategias de muestreo se recurrió al Listado de Recursos, donde se incluían la totalidad de albergues y comedores sociales de la red de servicios. A partir del Listado de Recursos se extrajo el número de servicios diarios ofertados por el conjunto de ambos dispositivos: 1086 en los albergues y 1080 en los comedores sociales. En función de estos datos se procedió a diseñar un muestreo aleatorio, multicéntrico en función del tipo de recurso -albergues o comedores sociales- y número de servicios diarios de los mismos. Como ya se señaló, el tamaño de la muestra seleccionada fue de $n=300$.

Utilizando 100 unidades de muestreo de 3 elementos cada una -cada unidad de muestreo respondía al número de entrevistas que se consideró posible realizar en un centro en un día dado- y sobre la base del Listado de Recursos donde se recogía el número de servicios diarios ofertado por cada uno de los dispositivos, se realizó una distribución proporcional y aleatoria -utilizando una lista de números aleatorios- de las 100 unidades muestrales, calculándose de esta forma el número total de entrevistas a realizar en cada centro y en cada tipo de recurso. En el caso de los albergues la distribución se realizó en función del número de camas de cada centro, en tanto que en el caso de los comedores sociales la distribución se hizo en función del número de comidas servidas diariamente en cada uno de los centros. Los resultados de la asignación indicaron que el 54% de las entrevistas debían ser realizadas en albergues y el 46% en comedores sociales - $n=162$ y $n=138$ respectivamente-.

De esta forma, el sistema de muestreo aseguraba la representatividad en función del día de la semana, el tipo de centro en que se realizaba el contacto y el tamaño de cada centro.

5.3.3. MUESTREO DE LOS RECURSOS Y SELECCIÓN DE LOS ENTREVISTADOS.

Una vez conocido el número de entrevistas a realizar en cada centro y cada recurso, la selección de cada una de las personas a entrevistar se realizó, igualmente, de forma aleatoria. El procedimiento seguido fue distinto en cada centro debido a sus características diferenciales: en aquellos centros en que se disponía de listados se utilizaron tablas de números aleatorios, en los que no se disponía de listados se utilizó una razón sobre el orden de entrada al centro a partir de la llegada de los entrevistadores.

Una vez seleccionada la persona a entrevistar, el entrevistador iniciaba el contacto confirmando los criterios de inclusión en la muestra, cumplimentaba la "Hoja de Contacto" y, tras explicarle el objeto de la investigación y la confidencialidad de los datos, solicitaba el consentimiento del entrevistado para realizar la entrevista. Cumplimentar la "Hoja de Contacto" de forma previa a solicitar el consentimiento informado para la realización de la entrevista permitía recoger, al menos, estimaciones sobre el género, edad y procedencia de la persona abordada, además de registrar los casos que rehusaban, los aplazamientos y los "no aptos" -haber respondido con anterioridad a la entrevista, tener un deterioro cognitivo o encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas- (Firdion, 1995). El porcentaje de negativas a participar en la investigación se situó en el 30%, lo que se asemeja a lo obtenido en otras ciudades europeas en estudios similares (Marpsat y Firdion, 1996). Con el fin de evitar el solapamiento de la muestra, al inicio de la entrevista se incluía una pregunta para descartar a las personas que con anterioridad participaron en el estudio.

La recogida de datos en los centros comenzaba tras recibir la autorización de la dirección de los mismos, finalizando tras completar las unidades muestrales correspondientes. El trabajo de los entrevistadores se desarrolló durante las horas de funcionamiento de los servicios, si bien se evitaba generar más interferencias de las estrictamente necesarias en el

habitual desarrollo de las actividades en los dispositivos.

Cuando ello era posible, en los propios recursos se facilitó a los entrevistadores despachos o lugares cómodos y privados donde llevar a cabo la entrevista. En caso contrario, la entrevista solía realizarse en una cafetería cercana -tomando un café o un bocadillo-, en un banco en la calle o, cuando la persona lo requería -por razones obvias- en la propia cola de acceso al comedor. Pese a que el instrumento de recogida de datos era estructurado, no se privaba de tiempo a los entrevistados en el caso de que desearan recrearse en explicaciones y “anécdotas” –lo que resultaba frecuente-. Sólo si la entrevista se demoraba en exceso se reconducía al entrevistado al tema tratado en el momento.

Todas las entrevistas se realizaron de forma anónima protegiendo la privacidad de los datos. Sin embargo, y de cara a la realización de un eventual proceso de seguimiento, al finalizar la misma se solicitaba a los entrevistados la posibilidad de disponer de datos que pudieran facilitar su localización. La práctica totalidad de los entrevistados no tuvieron inconveniente en facilitar diferentes datos: nombre, apodo, teléfonos de contacto, teléfonos y direcciones de familiares, lugares habituales (albergues, comedores sociales, roperos, determinadas calles, establecimientos públicos...), etc.

5.4. ANÁLISIS DE DATOS.

Como se señaló, la muestra teórica se encontraba compuesta por 300 entrevistas. De ellas, el 54% -162 entrevistas- debían realizarse en albergues y el 46% -138 entrevistas- en comedores sociales. Sin embargo, el tamaño empírico final de la muestra fue de 289 entrevistas, el 54,3% -157 entrevistas- en albergues y el 45,7% -132 entrevistas- en comedores sociales. Los motivos que incidieron en la aparición de diferencias entre las muestras empírica y teórica radicaron en las dificultades encontradas en alguno de los recursos para completar el muestreo correspondiente y en los errores detectados

durante el proceso de codificación en algunos de los cuestionarios completados. Esta diferencia entre los tamaños teóricos y empíricos hizo que se tuviera que corregir con un coeficiente de ajuste aplicado para cada centro:

$$\text{Coeficiente de Ajuste} = \frac{\text{Número empírico de cuestionarios en el centro}}{\text{Número teórico de cuestionarios en el centro}}$$

De este modo se contemplaban coeficientes de ajuste específicos para cada uno de los centros incluidos en el muestreo, coeficientes que se incluirán posteriormente en las fórmulas aplicadas para la ponderación de las variables.

5.4.1. PONDERACIÓN DE LOS DATOS.

Para realizar la ponderación de los datos se partió de una adaptación a la muestra de las fórmulas utilizadas en el estudio desarrollado en la ciudad de París por Marpsat y Firdion (1998).

5.4.1.1. Ponderación en función de la probabilidad de elección de un servicio en cada centro.

El primer factor de ponderación se estableció en función de la probabilidad de cada PSH de ser incluido en la muestra en cada centro. Esta primera ponderación garantizaba la representatividad de la muestra independientemente del tamaño del centro y recurso en que había sido seleccionada. Siguiendo el esquema de muestreo esta probabilidad está en función directa del tamaño del centro.

$$P_{\text{servicio y centro}} = \text{Probabilidad de selección del servicio en el centro}$$

Esta probabilidad es distinta para cada centro y expresándose de la siguiente manera:

$$P_{\text{servicio y centro}} = N^{\circ} \text{ unidades muestrales del centro} * (\text{Tamaño de la unidad muestral}) / N^{\circ} \text{ de servicios del centro}$$

simplificando,

$$P_{\text{servicio y centro}} = N^{\circ} \text{ teórico de entrevistas en el centro} / N^{\circ} \text{ de servicios en el centro}$$

La ponderación se establece como la función inversa de la probabilidad de ser incluido en la muestra, corregida por la desviación de la muestra empírica respecto a la teórica en cada centro, de modo que:

$$\text{Peso}_{\text{servicio}} = 1 / P_{\text{servicio}} * \text{Coeficiente de ajuste}$$

5.4.1.2. Ponderación en función de la probabilidad de elección de una persona en función de su utilización de recursos.

Hasta este punto, el muestreo y el factor de corrección –ponderación- se habían centrado en los servicios ofrecidos en cada centro, por tipo de recurso muestreado -albergues y comedores-. Sin embargo la probabilidad de ser elegida de una persona está en función de la probabilidad de elección del servicio que está recibiendo -en el que es contactada dicha persona- y de la probabilidad de la persona de ser contactada por duplicado en otro servicio. Esta segunda probabilidad está en función directa de la utilización de otros centros por parte de la propia persona. En este caso al realizar la entrevista en un tipo de recurso -albergue o comedor- la persona solamente puede ser elegida en el otro tipo de recurso. Es decir, si una persona es elegida en un albergue un día dado, la probabilidad de volver a ser elegida ese mismo día queda reducida a la probabilidad de volver a ser elegida en un comedor. Esta última probabilidad estará en función directa de la utilización o no de comedores por esa persona ese día. Para conocer estas probabilidades se

incluyeron preguntas en el cuestionario relativas a la utilización de recursos en las 24 horas inmediatamente anteriores a la entrevista. De este modo, el estudio permite realizar estimaciones sobre las personas sin hogar un día promedio del periodo de muestreo al permitir estimar el número de personas que utilizan los dos tipos de recurso el mismo día. A continuación se exponen los algoritmos aplicados a aquellas personas que habían utilizado ambos tipos de recursos en las últimas 24 horas.

$$\text{Peso persona entrevistada en albergue} = 1 / (P_{\text{servicio}} * \text{Coeficiente de ajuste}) + P_{\text{comedores}}$$

$$\text{Peso persona entrevistada en comedor} = 1 / (P_{\text{servicio}} * \text{Coeficiente de ajuste}) + P_{\text{albergues}}$$

donde,

$$P_{\text{albergues}} = N^{\circ} \text{ de entrevistas realizadas en albergues} / N^{\circ} \text{ total de servicios en albergues}$$

$$P_{\text{comedores}} = N^{\circ} \text{ de entrevistas realizadas en comedores} / N^{\circ} \text{ total de servicios en comedores}$$

5.4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.

Los análisis de datos se realizaron sobre la estimación de porcentajes ponderados sobre el total de la muestra, de acuerdo al procedimiento descrito anteriormente. Para realizar el proceso de los datos se utilizó el sistema de análisis estadístico y de gestión de datos SPSS (versión 7.5.2S para Windows).

Los análisis de las diferencias entre porcentajes de las variables nominales se realizaron utilizando el estadístico *Chi Cuadrado*. En el caso de las variables continuas se aplicaron pruebas “t” de *Student* para medidas independientes.

Mediante un análisis discriminante se intentó generar un modelo

predictivo para pronosticar la pertenencia de los sujetos a los grupos de usuarios o no usuarios de albergues. El procedimiento consistió en intentar generar una función discriminante basada en combinaciones lineales de las variables predictoras que proporcionasen una discriminación entre ambos grupos. La función se intentó generar a partir de los casos para los que se conocía el grupo de pertenencia para, posteriormente, aplicar la función a nuevos casos que dispusiesen de medidas para las variables predictoras. Lamentablemente, el intento de construcción de el modelo predictivo resultó infructuoso.

Finalmente, se realizó un análisis de homogeneidad mediante mínimos cuadrados alternantes denominado HOMALS (*Homogeneity Analysis by Means of Alternating Least Squares*) que permitiera describir en un espacio bidimensional las relaciones existentes entre los diferentes objetos en función de una serie de variables dicotómicas relativas a la utilización de albergues, la nacionalidad, el apoyo social, la salud y el consumo de sustancia psicoactivas de la muestra.

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

Este primer apartado pretende realizar una primera aproximación global al objeto de estudio, sentando un marco de referencia que permita el encuadre adecuado del conjunto de resultados obtenidos. A tal fin, se recogen algunas de las principales características de la muestra de PSH en Madrid del estudio.

6.1.1. COMPARACIÓN ENTRE LAS PSH ENTREVISTADAS EN LA “NOCHE S” Y LAS ENTREVISTADAS EN ALBERGUES Y COMEDORES SOCIALES.

De forma previa a la exposición de las principales características de las PSH en Madrid, se presenta una comparación entre la muestra final -recogida en albergues y comedores sociales- y la obtenida durante la “*Noche S*” -recogida en las calles-, en busca de eventuales diferencias existentes entre ellas que pudiesen indicar que se trata de poblaciones diferentes. El análisis se realiza sobre el conjunto de variables comunes recogidas en el cuestionario empleado durante la “*Noche S*”.

Como puede observarse en la tabla 6.1., ambas muestras resultan equivalentes en las variables estudiadas, sin diferencias significativas entre ellas:

	Muestra final (n=289)	"Noche S" (n=38)
Género		
Varones	86.9%	82.1%
Mujeres	13,1%	17.9%
Edad		
Menores de 20 años.	4,5%	----
Entre 21 y 39 años.	53.6%	59.0%
Entre 40 y 59 años.	35.3%	35.9%
Mayores de 60 años.	6,6%	5.1%
Procedencia		
Españoles	77,6%	84,6%
Extranjeros	22,4	7,7%

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.1. Género, edad y procedencia la muestra final y de las PSH entrevistadas durante la "Noche S".

A efectos metodológicos resulta destacable la equivalencia existente entre la muestra de PSH entrevistadas durante la "Noche S" y las entrevistadas en albergues y comedores sociales. El hecho de que ambas muestras sean equiparables en variables como género, edad o procedencia, hace pensar que las personas que un día cualquiera están durmiendo en la calle en Madrid pertenecen a la misma población que las que pueden encontrarse ese mismo día en los albergues o comedores sociales de la capital. Este dato, unido al hecho de que el muestreo en albergues y comedores sociales engloba al 97% de las PSH si se continúa durante un periodo de 4 semanas, avala la validez del muestreo realizada en este trabajo. Es decir, un muestreo aleatorio, llevado a cabo en albergues y comedores sociales, y continuado durante un periodo de tiempo suficiente, resulta la mejor alternativa -en términos de relación coste/beneficio- para identificar las características que afectan a este grupo de población -al menos en la ciudad de Madrid, donde existe una red relativamente amplia de recursos-.

6.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

A continuación se presenta una descripción de las variables sociodemográficas, laborales y de salud más importantes de las PSH en Madrid en base a datos ponderados.

6.1.2.1. Características sociodemográficas.

En este caso la atención se centra en los datos relativos al tiempo medio de permanencia en la situación de sin hogar, género, edad, origen, estado civil, número de hijos, personas con quienes conviven -aún en su situación sin hogar- y máximo nivel de escolarización alcanzado.

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.2.:

Características sociodemográficas.	Total (n=289)
Tiempo total sin hogar (en años)	
Media (desviación típica)	4,6 (7)
Género	
Hombres	87,7%
Mujeres	12,3%
Edad (en años)	
Media (desviación típica)	40,7 (13)
Origen	
España	78,0%
África	5,8%
Latinoamérica	5,3%
Europa Este	3,9%
Otro	7,0%
Estado civil	
Soltero	63,6%
Casado	6,5%
Divorciado o separado legalmente	13,7%
Separado de hecho	10,6%
Viudo	5,2%
ns/nc	0,4%
Número de hijos	
Media (desviación típica)	0,87 (1,26)
Convivencia actual	
Pareja con hijos	1,9%
Pareja sin hijos	5,1%
Padres	0,4%
Parientes	1,0%
Solo con hijos	2,7%
Solo	83,4%
Amigos	3,5%
Otros	2,1%
Estudios	
Sin estudios, no lee	3,6%
Sin estudios, lee	14,6%
Primer grado (EGB 1ª etapa, ingreso, hasta los 10 años)	13,4%
Segundo grado, primer ciclo (EGB, 2ª etapa, 4º bachiller, secretariado, etc.)	33,7%
Segundo grado, segundo ciclo (BUP, Bachiller superior, FP2, etc.)	22,0%
Tercer grado (diplomados, técnicos, licenciados, doctores)	12,6%

Tabla 6.2. Principales características sociodemográficas de las PSH en Madrid.

Se desprende de la tabla 6.2. la existencia entre las PSH de una gran variabilidad en lo relativo al tiempo de permanencia en la situación de sin hogar. Si bien la estancia media en dicha situación se sitúa en torno a los cuatro años y medio, persisten junto a quienes se encuentran recién llegados a esta situación personas con más de una década en la situación de sin hogar. Algo similar sucede en relación a la edad de las PSH: si bien la media de edad se sitúa en torno a los cuarenta años, se observan personas con edades que oscilan desde menos de diez y ocho años a más de sesenta y cinco. La gran mayoría de las PSH son varones (87,7%), solteros o separados (87,9%), de nacionalidad española (78%) que viven solos (83,4%). Curiosamente, en su mayoría (68,3%) superan los estudios de primer grado, existiendo tan sólo un 3,6% de PSH que no saben leer.

6.1.2.2. Características laborales.

En relación a la vida laboral de las PSH, a continuación se reflejan los datos relativos a la duración de la misma -expresada en el número de años con empleo y tomando en consideración todos los periodos de trabajo a lo largo de la vida-, la situación laboral actual y el tiempo en situación de desempleo. La actividad económica realizada “sin empleo” incluye diversas actividades no reglamentadas que reportan un beneficio económico a la persona: vender pañuelos en un semáforo, ejercer la prostitución, mendigar en una iglesia, etc. En la tabla 6.3. se incluyen los porcentajes correspondientes a estas variables.

Características laborales	PSH (n=289)
Duración total de la vida laboral (en años)	
Media (desviación típica)	10,2 (11,8)
Situación laboral actual y tiempo sin empleo	
Con empleo (contratados o autónomos)	2,6%
0-3 meses sin empleo (contratados o autónomos)	6,9%
4-6 meses sin empleo (contratados o autónomos)	7,2%
7-11 meses sin empleo (contratados o autónomos)	3,0%
1-2 años sin empleo (contratados o autónomos)	13,1%
2 o más años sin empleo (contratados o autónomos)	66,7%
Ns/nc	0,5%
Actividad económica última semana (sin contrato ni en régimen de autónomos)	18,6%
Prostitución	0,7%
Mendicidad	3,0%
Pensiones, prestaciones y ayudas oficiales	25,3%
Subsidio de desempleo	3,3%
IMI (Ingreso Madrileño de Integración)	10,2%

Tabla 6.3: Características laborales de las PSH en Madrid.

No sólo la mayor parte de las PSH en Madrid han desempeñado en alguna ocasión actividades laborales sino que, tal como se observa en la tabla 6.3., la media de tiempo trabajando a lo largo de la vida supera los 10 años, cantidad especialmente elevada considerando que la edad media de las PSH se sitúa en torno a los cuarenta años. Ahora bien, la variabilidad a este respecto es muy elevada, observándose desde personas que jamás han desarrollado actividad alguna de carácter económico hasta personas con más de 40 años de vida laboral. En el momento de la entrevista tan sólo un 2,6% de las PSH disponían de un empleo reglado -con contrato de trabajo o en régimen de autónomo-, si bien un 18,6% manifestaban desarrollar algún tipo de actividad económica aunque de carácter irregular. Sólo el 3% practicaba la mendicidad, siendo una de las principales fuentes de los escasos ingresos entre las PSH en Madrid las pensiones, subsidios o prestaciones económicos, que alcanzan al 38,8% de esta población. El 79,8% de las PSH eran parados de larga duración, con más de un año en situación de desempleo.

6.1.2.3. Características de salud.

Finalmente, en relación a las características de salud de las PSH se recogen los datos relativos a su percepción de salud, las enfermedades y

problemas de salud más frecuentemente padecidas a lo largo del último año y el consumo de diario de tabaco y alcohol. Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.4:

Características de salud	PSH (n=289)
Percepción de salud	
Se considera una persona "enferma"	15,6%
Se considera una persona "un poco enferma"	13,5%
Se considera una persona "ni sana ni enferma"	12,3%
Se considera una persona "más bien sana"	15,2%
Se considera una persona "totalmente sana"	43,3%
Principales enfermedades padecidas durante el último año	
Problemas del sistema respiratorio, (bronquitis, asma, neumonía...)	23,4%
Gripe o resfriados graves	24,7%
Problemas del corazón o sistema circulatorio (hipertensión, trastornos coronarios, varices, anemia...)	17,1%
Problemas de los huesos o músculos (parálisis, bursitis, artritis, reuma...)	23,7%
Problemas gastrointestinales, estomacales, úlceras u otros	18,3%
Irritaciones o úlceras en la piel, alergias o sarna	12,9%
Nervios, ansiedad, depresión, estrés	53,1%
Problemas con las drogas	12,6%
Fuma diariamente	76,2%
Consume alcohol diariamente	20,7%

Tabla 6.4. Características de salud de las PSH en Madrid.

En la tabla 6.4. puede observarse cómo la mayor parte de las PSH (70,8%) se perciben como "totalmente sanas", "más bien sanas" o "ni sanas ni enfermas". Sin embargo, la presencia de enfermedades entre las PSH resultan notablemente elevada, especialmente en lo referente a afecciones relacionadas con disfunciones de carácter psicológico y a patologías óseas, musculares o relacionadas con el sistema respiratorio. La mayoría de las PSH (76,2%) son fumadoras habituales y más de la quinta parte consume diariamente alcohol.

6.2. EL ALOJAMIENTO Y LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LAS PSH: LOS ALBERGUES.

La totalidad de personas entrevistadas en el presente trabajo poseían, al menos, una característica común: la carencia de un alojamiento, una vivienda, un hogar... Y, como se señaló con anterioridad, esta carencia de una vivienda digna -de un hogar- no sólo redundaba en la falta de un lugar en que pernoctar,

sino que genera gran cantidad de implicaciones que inciden en el proceso de marginación y exclusión social de quienes padecen el problema.

6.2.1. ESTRATEGIAS PARA LA PERNOCTA DE LAS PSH EN MADRID.

Conviene no olvidar que, todas las personas carentes de vivienda, se encuentran en la ineludible necesidad diaria de buscar un lugar donde poder pernoctar. El presente apartado pretende centrar su atención en el análisis de los lugares a que recurren para pernoctar las PSH en la ciudad de Madrid. A tal fin se indagó sobre aspectos tales como los problemas encontrados para localizar diariamente un lugar en que pernoctar, los lugares habitualmente más utilizados para ello o la frecuencia de uso de cada uno de estos lugares. Para profundizar en estos aspectos inicialmente se estableció como referencia temporal los doce meses anteriores a la realización de la entrevista. Posteriormente, la atención se centró en la última semana.

La selección como criterio temporal de doce meses puede incitar, sin duda, respuestas subjetivas y, por ende, respuestas poco precisas, dado que se inducen estimaciones aproximativas. De hecho, este aspecto queda patente en la estrategia utilizada a la hora de codificar las respuestas, que se distribuían en función de cuatro posibles adscripciones: *nunca*, *casi nunca*, *frecuentemente* o *muy frecuentemente*. Si bien los datos obtenidos mediante este procedimiento pueden encontrarse influenciados por estimaciones subjetivas, permiten sin embargo la obtención de opiniones generales de gran relevancia, las cuales, más adelante, tratarán de objetivizarse en cierta medida tomando como referencia temporal un breve período de tiempo como es la semana anterior a la realización de la entrevista.

6.2.1.1. El alojamiento durante el último año.

En este apartado se analizan las dificultades encontradas, en términos generales, por las PSH de Madrid para conseguir, de forma diaria, un lugar donde dormir a lo largo de los doce meses anteriores a la realización de la

entrevista. Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.5:

Frecuencia	Varones (n=252)	Mujeres (n=35)	Total (n=287)
Nunca	54,8%	48,6%	54,0%
Casi nunca	13,1%	17,1%	13,6%
Frecuentemente	17,9%	11,4%	17,1%
Muy frecuentemente	14,3%	22,9%	15,4%

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.5: Dificultades encontradas para conseguir "diariamente" un lugar donde dormir durante los últimos doce meses.

Una primera aproximación a los datos obtenidos parece indicar que para un importante porcentaje de PSH (67,6%) no resultó complejo encontrar un lugar donde dormir diariamente, no apreciándose a este respecto diferencias significativas en función del género. Como se aprecia en la tabla 6.5., el 67,6% de los sujetos no encontraron problemas para ello "nunca" o "casi nunca", habiendo manifestado más de la mitad de la muestra (54%) no haber tenido "nunca" problemas para encontrar "diariamente" un lugar donde poder pasar la noche.

Sin embargo, se observa cómo algo más de un tercio (32,5%) de las PSH manifestaron haber encontrado problemas "frecuentemente" o "muy frecuentemente" para encontrar "diariamente" un lugar donde pernoctar. De entre estos, resulta preocupante que el 15,4% de la muestra "Muy frecuentemente" se enfrentaron al problema a lo largo del año. El hecho de que más de un tercio (32,5%) de las PSH en Madrid deban enfrentarse a problemas para localizar un lugar donde poder pernoctar resulta indicativo de la saturación estacional de recursos que se produce durante el período invernal, aspecto que durante el período más frío intenta paliarse mediante medidas de emergencia, a todas luces insuficientes, tales como la habilitación de estaciones de Metro - estación de metro de Atocha- o dispositivos eventuales donde facilitar la pernocta -Pabellón de Mayorales de la Casa de Campo-.

Una vez constatadas las dificultades para encontrar un lugar donde

dormir de forma diaria, surge la pregunta sobre cuáles son los lugares más habitualmente utilizados para este menester. Los resultados obtenidos a este respecto se reflejan en la tabla 6.6:

Lugar	Varones (n=252)	Mujeres (n=37)	Total (n=289)
Albergues para PSH	39,3%	29,7%	38,1%
Zonas públicas	20,6%	10,8%	19,4%
Piso alquilado	9,9%	18,9%	11,1%
Habitación alquilada	9,9%	5,4%	9,3%
Piso en propiedad	7,5%	13,5%	8,3%
Piso o habitación cedidos	6,3%	5,4%	6,2%
Edificio abandonado	2,8%	5,4%	3,1%
Centros para población general	1,2%	2,7%	1,4%
Coche	0,8%	2,7%	1%
Cárcel o correccional	0,4%	---	0,4%
Furgoneta o caravana	0,4%	---	0,3%
Chabola o casa prefabricada	---	2,7%	0,3%
Otros	0,8%	2,7%	1%

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.6: Lugares habitualmente empleados por las PSH para dormir durante el último año.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa que la mayor parte de las PSH (60,6%) pernoctaron, de forma habitual a lo largo del último año, en albergues, zonas públicas o edificios abandonados, mientras que más de un tercio (35,2%) lo hicieron en lugares que, en circunstancias especiales, pueden ser considerados “Un hogar”: pisos alquilados, en propiedad o cedidos; habitaciones alquiladas o cedidas; chabolas o casas prefabricadas.

Quienes pernoctaron en instituciones no específicas para PSH supusieron un escaso 1,8% de la muestra, procediendo en su totalidad de instituciones penitenciarias o centros para población general. En la muestra no se detectó ninguna persona que manifestase haberse encontrado ingresada de forma habitual a lo largo del año anterior en un hospital psiquiátrico o en un hospital general.

Conviene hacer una llamada de atención sobre el hecho de que un 8,3% de la muestra pasara las noches de forma habitual, durante los doce meses

anteriores a la entrevista, en un piso de su propiedad, y que un 11,1% lo hiciera en un piso alquilado. Si a esto se suman las personas que pernoctaron en casas prefabricadas, el total de PSH que habitaron una vivienda, de forma habitual, durante el año anterior ascendería al 19,7% del total. Otra importante parte de la muestra (15,5%) se encontraba compuesta por aquellas personas que, sin disponer de “un hogar” propiamente dicho, pernoctaron de forma habitual en habitaciones alquiladas o pisos cedidos, donde podrían disfrutar de una alojamiento estable y digno. Frente a ellos, quienes pernoctaron habitualmente en infraviviendas o similares -chabolas, coches y furgonetas o caravanas-, supusieron una mínima parte de la muestra.

De estos datos podría extraerse que, de entre las PSH que se encuentran en la situación de sin hogar durante un período inferior al año, una gran parte llegó a esta situación desde un estilo de vida bastante normalizado. Así pues, podría barajarse la posibilidad de que el tránsito a la situación de sin hogar, lejos de ser un proceso insidioso, pueda ser resultante de un corte brusco en un estilo de vida normalizado para algunas de las personas que se encuentran en dicha situación.

La ambigüedad del concepto “habitualmente”, utilizado en el apartado anterior para conocer el lugar de pernocta de las PSH, se contrasta con la especificación de la cadencia temporal a que dicho concepto hace referencia, obteniéndose los resultados reflejados en la tabla 6.7:

Frecuencia	Varones (n=253)	Mujeres (n=35)	Total (n=288)
Todas los días de la semana	72,7%	91,4%	75,0%
Casi todos los días de la semana	21,3%	8,6%	19,8%
Una o dos veces por semana	4,7%	---	4,2%
Ns/nc	1,2%	---	1,0%

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.7: Frecuencia con que las PSH en Madrid durmieron durante el último año en el lugar señalado como más habitual

Como se observa en la tabla 6.7., la gran mayoría de las PSH (94,8%) pernoctaron en el lugar previamente indicado “todos” o “casi todos” los días de la semana, lo que muestra la tendencia entre las PSH a recurrir

sistemáticamente a los mismos lugares para pernoctar, así como una alta adecuación del término “habitualmente” utilizado en el apartado anterior. No se observaron a este respecto diferencias significativas en función del género.

6.2.1.2. El alojamiento durante la última semana.

Mientras los datos empleados en el apartado anterior hacían referencia a un período anual -proporcionando una valoración subjetiva sobre las dificultades para encontrar un lugar donde dormir-, los datos recogidos en el presente apartado tienen como referencia un periodo semanal. Ello, en principio, debiera facilitar estimaciones notablemente más objetivas, donde las percepciones personales o el recuerdo jugaran un papel sustancialmente menor, facilitando simultáneamente una importante información sobre la evolución del problema. Al considerar los datos obtenidos en el presente apartado, no debe olvidarse que la recogida de las entrevistas tuvo lugar durante un período invernal, donde los albergues se encontraban al límite de su capacidad e, incluso, se habían habilitado como dispositivos de emergencia albergues y recursos especiales -Pabellón de Mayorales de la Casa de Campo o estación de metro de Atocha-.

Inicialmente, el sistema empleado para recoger en qué medida resultó difícil a las PSH encontrar un lugar donde dormir “cada noche” a lo largo de los últimos siete días, lejos de pretender ser objetivo, buscaba conocer la percepción subjetiva del sujeto. De esta forma, en el cuestionario se codificaron las respuestas en función de cuatro posibles adscripciones: *muy difícil*, *difícil*, *fácil* o *muy fácil*. Los resultados obtenidos aparecen recogidos en la tabla 6.8:

Nivel de dificultad	Varones (n=254)	Mujeres (n=34)	Total (n=288)
Muy fácil	62,6%	67,6%	63,2%
Fácil	13,4%	14,7%	13,5%
Difícil	11,0%	5,9%	10,4%
Muy difícil	12,6%	11,8%	12,5%
Ns/nc	0,4%	---	0,3%

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.8: Dificultades de las PSH en Madrid para encontrar un lugar en que dormir “cada noche” durante la última semana.

Pese a tratarse de un período invernal en que los albergues se encontraban ocupados al límite de su capacidad, el 76,7% de las PSH manifiesta que les resultó “Fácil” o “Muy fácil” encontrar un lugar donde pernoctar, habiéndolo hecho muchos de ellos en albergues o lugares habilitados al efecto. Sin embargo, el dato más alarmante aparece en referencia al 22,9% de sujetos a quienes, en pleno invierno, les resultó “Difícil” o “Muy difícil” encontrar un lugar donde pasar la noche, con especial atención al 12,5% que puso de manifiesto muchas dificultades al respecto. Cabe señalar la ausencia de diferencias significativas en función del género.

Se observaba en la tabla 6.5. como el 32,5% de las PSH manifestaron problemas frecuentes o muy frecuentes para conseguir diariamente un lugar en el que pernoctar a lo largo del último año, porcentaje que disminuye ligeramente hasta situarse en el 22,9% considerando a las PSH que manifestaron dificultades para encontrar un lugar en el que dormir cada noche durante la última semana.

Los lugares utilizados habitualmente para pernoctar durante la última semana aparecen reflejados en la tabla 6.9:

Lugar	Varones (n=254)	Mujeres (n=37)	Total (n=291)
Albergue para PSH	68,1%	64,9%	67,7%
Zonas publicas **	20,9%	5,4%	18,9%
Piso o habitación cedidos	2,8%	2,7%	2,7%
Piso alquilado	2,4%	2,7%	2,4%
Habitación alquilada	1,2%	8,1%	2,1%
Edificio abandonado	1,2%	5,4%	1,7%
Coche	0,8%	2,7%	1,0%
Centros para población general	0,4%	2,7%	0,7%
Hospital	0,4%	---	0,3%
Piso en propiedad	0,8%	---	0,7%
Chabola	0,4%	---	0,3%
Cárcel o correccional	0,4%	---	0,3%
Otros	0,4%	5,4%	1,0%

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.9: Lugares habitualmente empleados por las PSH en Madrid para dormir durante la última semana.

Considerando que se trata de un periodo invernal, no sorprende que un

elevado porcentaje de los entrevistados recurriera para dormir a los albergues. Sin embargo, llama la atención que prácticamente uno de cada cuatro (18,9%) (20,9% de los varones y 5,4% de las mujeres) duerma en zonas públicas o edificios abandonados pese a las inclemencias meteorológicas. A este respecto cabe señalar que las mujeres duermen de forma significativa en menor medida en zonas públicas mientras que recurren en mayor medida a habitaciones alquiladas, edificios abandonados o coches. Probablemente, debido al incremento en peligrosidad que el dormir en las calles puede tener para las mujeres, esto les fuerza a intentar localizar lugares aparentemente más seguros, lo que puede generar las diferencias encontradas a este respecto en función del género.

Sorprende asimismo que el 3,1% de las PSH hubiese utilizado como lugar de pernocta más habitual durante la última semana un piso de su propiedad o alquilado y que el 2,7% lo hiciera en piso o habitación cedido. En este sentido, no debe despreciarse la posibilidad de que, en el momento de ser contactados en comedores sociales o albergues, estos sujetos hubiesen abandonado recientemente su vivienda habitual o que, dado que se trataba de período invernal, hubiese recurrido a familiares o amigos para buscar refugio de forma excepcional.

La comparación entre las tablas 6.6. y 6.9. muestra que el porcentaje de PSH que durmieron en zonas públicas durante la última semana es muy similar al porcentaje de los que lo hicieron a lo largo del último año. Por contra, el porcentaje de quienes recurren a los albergues se incrementa notablemente al considerar como período temporal la última semana: el 38,1% manifestó haber pernoctado de forma habitual a lo largo del último año albergues, frente al 67,7% que lo hicieron durante la última semana.

6.2.2. LOS ALBERGUES.

Tal como se apreció en el apartado anterior, son los albergues los dispositivos más utilizados por las PSH para pernoctar de forma diaria, tanto si

se toma como referencia temporal los doce meses anteriores a la realización de la entrevista o la semana previa a ésta. Así mismo, los albergues son los dispositivos diseñados específicamente para intentar paliar el problema de alojamiento y pernocta entre las PSH. Por todo ello, resulta conveniente dedicar una especial atención al análisis de este tipo de servicios.

De forma previa al desarrollo de esta sección conviene recordar que, en el presente trabajo, se define a los “usuarios de albergues” como “aquellas personas que durante los doce meses anteriores a la realización de la entrevista utilizaron, al menos en una ocasión, albergues para personas sin hogar”. Por su parte, los “No usuarios de albergues” se definen como “aquellas personas sin hogar que, durante los doce meses anteriores a la realización de la entrevista, no hicieron uso de albergues para personas sin hogar en ninguna ocasión”.

Del total de PSH entrevistadas, fueron adscritos a la categoría “usuarios” el 87,5% de la muestra (87,3% de los varones y 86,1% de las mujeres), frente a un 12,5% (12,6% de los varones y 13,9% de las mujeres) que engrosaron la categoría “no usuarios”, no existiendo diferencias significativas en función del género.

6.2.2.1. Estado de los albergues y la satisfacción de los usuarios.

Con la intención de profundizar en la percepción que sobre los albergues de la ciudad de Madrid tienen las PSH, se solicitó a sus *usuarios* la opinión que les merecía diferentes aspectos en relación a estos dispositivos. Para facilitar las respuestas a los entrevistados y su posterior codificación, a quienes fueron adscritos a la categoría de *usuarios* se les presentaba una tarjeta (ver anexo 5) sobre la que debían indicar la respuesta que, en mayor medida, reflejara su opinión sobre la cuestión consultada. Las respuestas se distribuyeron de 1 a 7, en función de la siguiente escala:

1. Enormemente insatisfecho.
2. Muy insatisfecho
3. Bastante insatisfecho
4. Ni satisfecho ni insatisfecho
5. Bastante satisfecho
6. Muy satisfecho
7. Enormemente satisfecho.

En la línea señalada por Hulin (1977), se considera la satisfacción como una “respuesta afectiva” del usuario. Se trata de una respuesta evaluativa, con un fuerte carácter subjetivo, puesto que para su valoración se acude a la percepción del usuario de las características del proceso de asistencia. Conviene constatar que, una vez realizados los oportunos análisis, en ningún momento se observó la existencia de diferencias significativas entre varones y mujeres en lo referente a los niveles de satisfacción manifestados sobre las cuestiones consultadas.

De cara a la organización de los resultados, se dedica un subapartado a cada uno de los aspectos motivo de abordaje. En cada uno de los subapartados se refleja, en primer lugar, la pregunta formulada para la obtención de la información, seguida de una tabla que recoge los porcentajes de respuesta correspondientes a puntuaciones totales. Posteriormente se realiza una agrupación de los porcentajes indicativos de satisfacción - “Enormemente satisfecho”, “Muy satisfecho” y “Bastante satisfecho”- comparándose con los porcentajes indicativos de insatisfacción -“Enormemente insatisfecho”, “Muy insatisfecho” y “Bastante insatisfecho”-. Para finalizar, en cada subapartado se recogen las puntuaciones medias en relación a la satisfacción, distribuidas de 1 a 7, donde 1 corresponde a “Enormemente insatisfechos” y 7 a “Enormemente satisfechos”.

6.2.2.1.1. Las condiciones generales de los albergues.

Con el fin de evaluar la opinión de los usuarios sobre las condiciones generales de los albergues, se les planteó la siguiente cuestión:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca
de las condiciones generales de este lugar?.

Las respuestas obtenidas a este respecto aparecen reflejadas en la tabla 6.10:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=252)
Enormemente insatisfecho	7,1%
Muy insatisfecho	3,6%
Bastante insatisfecho	7,1%
Ni satisfecho ni insatisfecho	26,6%
Bastante satisfecho	28,2%
Muy satisfecho	13,1%
Enormemente satisfecho	14,3%

Tabla 6.10: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las condiciones generales de los albergues.

De los datos recogidos se desprende que más de la mitad de los usuarios entrevistados (55,6%) manifestaron sentirse satisfechos sobre las condiciones generales de los centros. Sin embargo, esta valoración moderadamente positiva contrasta con la opinión de un 7,1% que se declaran “*Enormemente insatisfechos*” sobre las condiciones generales de los albergues, porcentaje inserto dentro del 17,8% de la muestra que manifiesta algún tipo de insatisfacción.

La puntuación media obtenida por el total de los entrevistados sobre las condiciones generales de los albergues se sitúa en 4,59, puntuación muy cercana al ítem 5, “*Bastante satisfecho*”, lo que puede interpretarse como indicativo de una valoración positiva.

6.2.2.1.2. El acceso y admisión a los albergues.

Con la finalidad de recoger la opinión de los entrevistados sobre las facilidades de acceso y admisión existentes en los albergues, se les planteó la siguiente cuestión:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca *de las facilidades de acceso, admisión?*

Los datos obtenidos al respecto se encuentran reflejados en la tabla 6.11:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=247)
Enormemente insatisfecho	11,3%
Muy insatisfecho	6,1%
Bastante insatisfecho	8,9%
Ni satisfecho ni insatisfecho	13,8%
Bastante satisfecho	29,6%
Muy satisfecho	19,0%
Enormemente satisfecho	11,3%

Tabla 6.11: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las facilidades de acceso y admisión a los albergues.

Los resultados obtenidos permiten observar cómo un elevado porcentaje de entrevistados (59,9%) tienden a situarse entre los ítems “*Bastante satisfecho*” y “*Enormemente satisfecho*”. Frente a ellos, un 26,3% de los usuarios manifestaron insatisfacción al respecto, destacando un 11,3% que indicaron una enorme insatisfacción, si bien todos ellos utilizaron estos recursos en alguna ocasión a lo largo del año anterior a la entrevista.

La puntuación media recogida en relación a este ítem se sitúa en 4,47, puntuación que se sitúa entre los ítems 4 (“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”) y 5 (“*Bastante satisfecho*”) lo que viene a indicar una valoración relativamente positiva sobre las facilidades de acceso o admisión que presentan los albergues.

6.2.2.1.3. Sobre los usuarios de los albergues.

Para conocer la opinión de los entrevistados acerca de los usuarios de albergues, con quienes necesariamente se ven empujados a convivir, se les planteó la siguiente cuestión:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca
del resto de los usuarios ?.

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.12:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=245)
Enormemente insatisfecho	10,6%
Muy insatisfecho	8,2%
Bastante insatisfecho	8,6%
Ni satisfecho ni insatisfecho	37,6%
Bastante satisfecho	20,4%
Muy satisfecho	9,4%
Enormemente satisfecho	5,3%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.12: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el resto de usuarios de los albergues.

Se aprecia en la tabla 6.12. como, en relación a los usuarios de los albergues, manifiestan sentirse “insatisfechos” el 27,4% de las PSH, frente a un 35,1% que se manifiestan satisfechos a este respecto. Como dato destacable, sin embargo, cabe señalar que un 10,6% de la muestra se manifestó “*Enormemente insatisfecho*” con los usuarios de albergues.

La puntuación media a este respecto se sitúa en 4,00, puntuación que corresponde al ítem “*Ni satisfecho ni insatisfecho*”, lo que resulta indicativo de una valoración neutra por parte de los usuarios.

6.2.2.1.4. Intimidad en los albergues.

La opinión de los usuarios de albergues en relación a la satisfacción sobre el nivel de intimidad que permiten estos dispositivos se recogió mediante la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca *de la intimidad que tiene allí?*

Los datos obtenidos sobre la satisfacción de los entrevistados al respecto aparecen reflejados en la tabla 6.13:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=248)
Enormemente insatisfecho	20,9%
Muy insatisfecho	9,2%
Bastante insatisfecho	11,2%
Ni satisfecho ni insatisfecho	22,5%
Bastante satisfecho	21,3%
Muy satisfecho	8%
Enormemente satisfecho	6,8%

Tabla 6.13: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la intimidad de que disponen en los albergues.

El nivel de insatisfacción puesto de manifiesto por los entrevistados en lo relativo a esta cuestión resulta notablemente elevado. A un 36,1% de usuarios satisfechos se opone un 41,3% que se consideran insatisfechos. Especialmente destacable resulta la existencia de un 20,9% de usuarios que se manifiestan *“Enormemente insatisfechos”*.

La puntuación media obtenida sobre la intimidad que permiten los albergues se sitúa en 3,65, por debajo del ítem 4 (*“Ni satisfecho ni insatisfecho”*), lo que refleja una valoración negativa a este respecto.

6.2.2.1.5. Cantidad de espacio disponible en los albergues.

Con el ánimo de profundizar en la opinión de los usuarios sobre la cantidad de espacio de que pueden disponer en los albergues, se les hizo la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca
de la cantidad de espacio que tiene allí?.

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.14:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=252)
Enormemente insatisfecho	13,1%
Muy insatisfecho	7,9%
Bastante insatisfecho	11,1%
Ni satisfecho ni insatisfecho	17,5%
Bastante satisfecho	27,4%
Muy satisfecho	13,5%
Enormemente satisfecho	9,5%

Tabla 6.14: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la cantidad de espacio de que disponen en los albergues.

En la tabla 6.14. se aprecia cómo manifiestan sentirse “*satisfechos*” entorno a la mitad (50,4%) de los usuarios, frente a casi un tercio (32,1%) de “*insatisfechos*”. Sin embargo, el 17,5% del total se manifiestan de forma indiferente. Como dato destacable se observa que un 13,1% de los usuarios se mostró “*Enormemente insatisfechos*” con respecto a la cantidad de espacio de que se dispone en los albergues.

La puntuación media obtenida por el total de usuarios a este respecto se sitúa en 4,17, por encima del ítem 4 (“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”), lo que viene indicar una valoración relativamente neutra.

6.2.2.1.6. Libertad en los albergues.

La opinión de los usuarios acerca de nivel de libertad del que disfrutaban en los albergues de la ciudad de Madrid, se recogió mediante la siguiente cuestión:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca

de la libertad que tiene allí?

Los porcentajes obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.15:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=249)
Enormemente insatisfecho	12%
Muy insatisfecho	7,6%
Bastante insatisfecho	8,4%
Ni satisfecho ni insatisfecho	16,5%
Bastante satisfecho	30,1%
Muy satisfecho	12,9%
Enormemente satisfecho	12,4%

Tabla 6.15: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la libertad de que disfrutaban en los albergues.

En la tabla 6.15. se observa cómo el 55,4% de los usuarios se sienten satisfechos de la libertad de que disfrutaban en los albergues, frente al 28% que manifiestan insatisfacción. Sin embargo, pervive en la muestra un 12% de usuarios que manifiestan una enorme insatisfacción a este respecto.

La puntuación media obtenida en lo referente a la libertad de que disfrutaban en los albergues se sitúa en 4,34, ubicándose entre los ítems 4 (“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”) y 5 (“*Bastante satisfecho*”), lo que parece indicar una valoración neutra.

6.2.2.1.7. Nivel de limpieza y aseo en los albergues.

La opinión de los entrevistados sobre el nivel de limpieza o aseo que presentan los albergues se sondeó mediante de la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca

de la limpieza y aseo que hay allí?

Los datos obtenidos a través la pregunta aparecen reflejados en la tabla 6.16.:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=251)
Enormemente insatisfecho	8,8%
Muy insatisfecho	3,6%
Bastante insatisfecho	6,8%
Ni satisfecho ni insatisfecho	10%
Bastante satisfecho	26,5%
Muy satisfecho	25,3%
Enormemente satisfecho	18,9%

Tabla 6.16: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la limpieza y aseo en los albergues.

Como puede apreciarse en la tabla 6.16., los albergues de Madrid parecen tener un nivel de limpieza que satisface a la gran mayoría de usuarios. En este sentido se observa que el 70,7% manifiestan satisfacción a este respecto, frente a un 19,2% que se siente insatisfecho. Sin embargo, y pese a la satisfacción general detectada, se observa que un 18,9% de los usuarios se consideran “*Enormemente insatisfechos*”.

La puntuación media obtenida sobre el nivel de limpieza y aseo en los albergues se sitúa en 4,93, puntuación cercana al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, lo que parece indicar una valoración positiva por parte de los usuarios.

6.2.2.1.8. Nivel de ruido en los albergues.

La opinión de los entrevistados en referencia al nivel de ruido presente en los albergues se sondeó a través de la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca

del ruido que hay allí?

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.17:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=249)
Enormemente insatisfecho	12,0%
Muy insatisfecho	9,2%
Bastante insatisfecho	12,0%
Ni satisfecho ni insatisfecho	18,1%
Bastante satisfecho	26,5%
Muy satisfecho	10,8%
Enormemente satisfecho	11,2%

Tabla 6.17: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el ruido en los albergues.

En la tabla 6.17. se observa que el 48,5% de la muestra se manifiesta satisfecha a este respecto, frente a quienes se sitúan un 33,2% de usuarios manifiestamente insatisfechos. Pese a la tendencia hacia la indiferencia presentada por el 18,1% de los sujetos, se aprecia la existencia de un 11,2% de sujetos que manifiestan encontrarse “*Enormemente insatisfechos*” sobre el nivel de ruido existente en los albergues.

La puntuación media obtenida a este respecto se sitúa en 4,16, algo superior al ítem 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”-, lo que parece indicar una opinión neutra por parte de los usuarios sobre el nivel de ruido existente en los albergues.

6.2.2.1.9. Protección contra el frío o calor en los albergues.

La opinión de los entrevistados sobre el nivel de protección contra el frío o calor existente en los albergues se recogió a través de la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca
de su protección contra el frío o calor que tiene allí?.

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.18:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=247)
Enormemente insatisfecho	5,3%
Muy insatisfecho	4,5%
Bastante insatisfecho	4,5%
Ni satisfecho ni insatisfecho	11,3%
Bastante satisfecho	27,1%
Muy satisfecho	24,3%
Enormemente satisfecho	23,1%

Tabla 6.18: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la protección contra el frío o calor que tienen en los albergues.

La protección contra el frío o calor que ofrecen los albergues es uno de los aspectos que mejor opinión merece de sus usuarios. De hecho, este aspecto probablemente sea uno de los que en mayor medida inducen a las PSH a hacer uso de estos servicios. Así, se observa que el 74,5% de los usuarios se manifiestan satisfechos frente al 14,3% que se muestran insatisfechos. Sin embargo, sigue existiendo un 5,3% de entrevistados que se demuestran “*Enormemente insatisfechos*” sobre la temperatura que ofrecen los albergues.

La puntuación media obtenida se sitúa en 5,16, puntuación cercana al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, lo que indica una valoración positiva de la temperatura de los albergues.

6.2.2.1.10. Nivel de seguridad en los albergues.

Con el fin de conocer la opinión de los usuarios sobre el nivel de seguridad de que disfrutan en los albergues, se les realizó la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca
de su seguridad personas mientras esta allí de noche?

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.19:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=251)
Enormemente insatisfecho	8%
Muy insatisfecho	6,8%
Bastante insatisfecho	2,4%
Ni satisfecho ni insatisfecho	14,3%
Bastante satisfecho	30,7%
Muy satisfecho	17,9%
Enormemente satisfecho	19,9%

Tabla 6.19: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre su seguridad personal mientras están de noche en los albergues.

El nivel de seguridad presente en los albergues es positivamente valorado por parte de los usuarios: 68,5% se encuentran satisfechos frente a 17,2% de insatisfechos. Sin embargo, resta un 8% de usuarios que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” con respecto a la seguridad de que gozan en estos dispositivos.

La puntuación media obtenida sobre esta cuestión por el total de usuarios se sitúa en 4,88, puntuación cercana al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, lo que viene indicar una valoración relativamente positiva sobre el nivel de seguridad presente en los albergues.

6.2.2.1.11. Atención recibida por el personal de los albergues.

La opinión sobre la atención recibida por parte del personal de los albergues se procuró conocer a través de la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca

de la atención recibida por el personal?

Los datos obtenidos al respecto aparecen reflejados en la tabla 6.20:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=252)
Enormemente insatisfecho	5,6%
Muy insatisfecho	1,6%
Bastante insatisfecho	5,2%
Ni satisfecho ni insatisfecho	17,1%
Bastante satisfecho	24,6%
Muy satisfecho	23,4%
Enormemente satisfecho	22,6%

Tabla 6.20: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la atención recibida por el personal de los albergues.

El trato dado a los usuarios por el personal que desarrolla su trabajo en los albergues merece una evaluación satisfactoria por parte del 70,6% de usuarios, frente a un 12,4% que manifestaron su insatisfacción.

La puntuación media obtenida a este respecto se sitúa en 5,14, puntuación que supera al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”, indicativo de la existencia de una valoración positiva.

6.2.2.1.12. Número de albergues en Madrid.

Con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios sobre la cantidad de albergues existentes en la ciudad de Madrid, se realizó a los entrevistados la siguiente pregunta:

En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿Cómo se siente acerca

del número de albergues o centros de acogida que hay en la ciudad de Madrid?

Los datos obtenidos mediante la pregunta se reflejan en la tabla 6.21:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=163)
Enormemente insatisfecho	14,1%
Muy insatisfecho	16,0%
Bastante insatisfecho	22,1%
Ni satisfecho ni insatisfecho	20,9%
Bastante satisfecho	13,5%
Muy satisfecho	9,2%
Enormemente satisfecho	4,3%

Tabla 6.21: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el número de albergues que hay en la ciudad de Madrid.

Se observa en la tabla 6.21. cómo el 27% de los usuarios se encuentran satisfechos, frente a una mayoría, compuesta por el 52,2% que entienden que el número de albergues en la ciudad de Madrid resulta insuficiente, entre los que destacan un 14,1% que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” al respecto.

De hecho, la puntuación media obtenida se sitúa en 3,45, la puntuación más baja de entre las cuestiones consultadas, cercana al ítem 3 -“*Bastante insatisfecho*”-, indicativo de una valoración negativa.

6.2.2.1.13. Consideraciones generales: las puntuaciones medias de satisfacción.

A modo de consideraciones generales, en la tabla 6.22. se recogen las puntuaciones medias de satisfacción obtenidas de los usuarios sobre los diferentes aspectos contemplados con anterioridad en relación a los albergues madrileños -siendo 1 = *Enormemente insatisfecho*, 2 = *Muy insatisfecho*, 3 = *Bastante insatisfecho*, 4 = *Ni satisfecho ni insatisfecho*, 5 = *Bastante satisfecho*, 6 = *Muy satisfecho*, 7 = *Enormemente satisfecho*:-

En relación a los albergues para las PSH, y en el caso de haberlos utilizado al menos una vez en los últimos doce meses, los usuarios puntúan a:	Varones (n=221) (media)	Mujeres (n=31) (media)	Total (n=252) (media)
la protección contra el frío o calor que tienen allí	5,18	5,03	5,16
la atención recibida por el personal	5,06	5,71	5,14
la limpieza y aseo que hay allí	4,86	5,42	4,93
su seguridad mientras están allí de noche	4,83	5,25	4,88
las condiciones generales de lugar	4,54	5,02	4,59
las facilidades de acceso, admisión	4,40	4,96	4,47
la libertad que tienen allí	4,36	4,22	4,34
la cantidad de espacio que tienen allí	4,15	4,32	4,17
el ruido que hay allí	4,10	4,67	4,16
el resto de los usuarios	3,92	4,55	4,00
la intimidad que tienen allí	3,62	3,87	3,65
el número de albergues que hay en Madrid	3,53	2,69	3,45

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.22: Puntuaciones medias de los usuarios sobre diferentes aspectos relativos a los albergues.

Tal como se desprende de la tabla 6.22, no existen diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a las puntuaciones medias sobre la satisfacción de los diferentes aspectos relacionados con los albergues de Madrid. Los mayores grados de satisfacción manifestados por los usuarios corresponden a la “*protección contra el frío o calor*” que facilitan los albergues y a “*la atención recibida por parte del personal*” de los mismos, aspectos ambos que obtuvieron puntuaciones medias superiores al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-. Con puntuaciones medias algo inferiores, pero igualmente situadas entorno al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, los usuarios califican al “*nivel de limpieza o aseo*” presentes en los albergues y a la “*seguridad de que disfrutan*” en estos dispositivos.

En el polo opuesto destaca los bajos niveles de satisfacción en relación a aspectos como el “*nivel de intimidad*” que permiten los albergues o el “*número de albergues que hay en Madrid*”, aspectos ambos con puntuaciones medias que les sitúan por debajo del ítem 4 -“*Ni satisfecho, ni insatisfecho*”-.

El resto de las cuestiones reciben puntuaciones medias que denotan una cierta indiferencia en cuanto a la satisfacción que proporcionan a los usuarios de los albergues.

Sin diferencias significativas en función del género, de una forma general puede percibirse una tendencia entre los varones a sentirse en mayor medida insatisfechos que las mujeres en lo referente a: “*las condiciones generales*” de los albergues, “*las condiciones de acceso y admisión*”, “*el resto de los usuarios*”, “*el nivel de ruido existente*”, “*la seguridad de que disfrutan*” en el interior de las instalaciones y “*la atención recibida por el personal*”. Por su parte, las mujeres parecen tener una cierta tendencia a manifestarse como más insatisfechas que los varones en lo que se refiere a: “*la intimidad y libertad de que disfrutan*” en los albergues, “*el nivel de limpieza o aseo*” que presentan éstos o “*el número de albergues existentes en la ciudad de Madrid*”.

6.2.2.2. Motivos alegados por los “no usuarios” para prescindir de la utilización de albergues.

Para conocer los motivos por los cuales los “no usuarios” de albergues declinan utilizar estos dispositivos, se planteó a los entrevistados adscritos a esta categoría una serie de preguntas que debían ser contestadas en función de si consideraba que los motivos expuestos se ajustaban o no a su caso, de tal forma que las únicas opciones de respuesta posible eran “*Sí*”, “*No*” o “*Ns/nc*”.

Los porcentajes obtenidos en relación a cada uno de los ítems aparecen reflejados en la tabla 6.23:

Motivo de no utilización	Varones (n=32)	Mujeres (n=5)	Total (n=37)
No quiere	78,1%	40%	73%
No le gusta el lugar	54,8%	40%	52,8%
Por problemas con los usuarios	43,8%	20%	40,5%
Porque no tiene intimidad	34,4%	40%	35,1%
Porque se siente excesivamente controlado	34,4%	40%	35,1%
Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión)	32,3%	40%	33,3%
Por problemas de horario	28,1%	40%	29,7%
Porque no pueden ayudarle	25%	40%	27%
Por no necesitar ayuda	16,1%	60%	22,2%
Porque no se siente seguro	22,6%	20%	22,2%
Por las dificultades de acceso (distancia...)	21,9%	20%	21,6%
Por las condiciones higiénicas del lugar	18,8%	---	16,2%
Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades...)	15,6%	---	13,5%
Porque hace frío o calor	12,5%	---	10,8%
Por problemas con el personal	6,3%	20%	8,1%
Porque no conoce ninguno	6,3%	20%	8,1%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.23: Motivos alegados para la no utilización de albergues por parte de los “no usuarios” de estos dispositivos.

Los análisis realizados indican que no existen diferencias significativas entre varones y mujeres a este respecto, si bien ha de considerarse que el escaso número de mujeres adscritas a la categoría de “no usuarios” -tan sólo cinco- dificulta la obtención de resultados concluyentes.

En cualquier caso, y tomando en consideración únicamente los porcentajes totales, resulta interesante constatar que más de la mitad de los “no usuarios” de albergues manifestaron prescindir de estos lugares simplemente por “no querer” utilizarlos (73%) o “no gustarle el lugar” (52,8%).

Tratando de operativizar este tipo de respuestas de corte tan general, se preguntó sobre cuestiones más específicas. De esta forma, y tal como se aprecia en la tabla 9.23., que más de un tercio de “no usuarios” prescinden de los albergues por “problemas con el resto de los usuarios” (40,5%), por la “falta de intimidad” (35,1%), por la percepción de “excesivo control” (35,1%) o por las “condiciones de acceso (criterios de exclusión)” que estos presentan (33,3%). Más de la cuarta parte de los “no usuarios” declinan utilizar los albergues por “problemas de horario” (29,7%) o por considerar que en estos dispositivos “no pueden ayudarle” (27%), mientras que algo más del veinte por ciento

manifiestan “no necesitar ayuda” (22,2%), “no sentirse seguros” en los centros (22,2%) o encontrar “dificultades para acceder” a ellos por cuestiones derivadas de su ubicación o dificultades fruto de la distancia (21,6%).

En menor medida, los problemas derivados de las “condiciones higiénicas” de los albergues, de las “dificultades personales” tales como vergüenza o carencia de habilidades, o “el frío o calor existente en los albergues” resultan impedimentos para la utilización de estos dispositivos en porcentajes relativamente reducidos de “no usuarios” -16,2%, 13,5% y 10,8% respectivamente-.

Finalmente, ni la existencia de “problemas con el personal” ni el hecho de “no conocer ningún” albergue en la ciudad de Madrid aparecen como impedimentos relevantes para la utilización de los albergues, si se considera que tan solo un 8,1% de “no usuarios” manifestaron estas cuestiones como disuasorias.

6.2.2.3. Usuarios “versus” no usuarios de albergues: diferencias entre ambos colectivos.

En el apartado anterior, entre otros aspectos, se analizaron los motivos por los cuales los “no usuarios” de albergues manifiestan prescindir de estos servicios. Sin embargo, un dato relevante para el presente trabajo puede obtenerse ahondando en las características de las PSH de Madrid, tratando de aislar qué aspectos diferencian a “usuarios” de “no usuarios” de albergues.

Conviene señalar que, de las 289 PSH que componen la muestra, 252 (87,2%) cumplieron los criterios para ser considerados “usuarios” -utilización de albergues, al menos en una ocasión durante el año anterior a ser entrevistados- frente a 37 (12,7%) que cumplieron los criterios para ser considerados como “no usuarios” -no utilización de albergues durante el año anterior a ser entrevistados-.

6.2.2.3.1. Lugares de pernocta durante el último año y la última semana:

En relación a los lugares empleados habitualmente para pernoctar por las PSH en Madrid, son pocas –y hasta cierto punto previsibles- las diferencias encontradas entre usuarios y no usuarios de albergues, tanto en lo relativo a la semana anterior como al año anterior a la realización de la entrevista.

Tal como se desprende de la tabla 6.24., a lo largo de los 12 meses anteriores a la realización de la entrevista los usuarios utilizaron en mayor medida como lugar habitual para pernoctar los albergues, en tanto que los no usuarios se decantaron por utilizar mayoritariamente zonas públicas. Ambos aspectos resultan lógicos considerando los criterios para incluir a los sujetos en cada una de las categorías. Ahora bien, un aspecto destacable en la tabla hace referencia al hecho de que los usuarios de albergues emplearan pisos alquilados para pernoctar en mayor medida que los no usuarios de dichos dispositivos.

Lugar	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Piso en propiedad	8,3%	11,1%	8,7%
Piso alquilado*	12,3%	2,8%	11,1%
Habitación alquilada, pensión o similar	9,1%	11,1%	9,4%
Piso, habitación... cedido gratuitamente	5,6%	11,1%	6,3%
Institución para PSH**	43,7%	---	38,2%
Institución para la población general	1,2%	---	1,0%
Chabola	0,3%	---	,3%
Coche	0,4%	2,8%	,7%
Furgoneta o caravana	0,4%	---	,3%
Edificio abandonado o en construcción*	0,8%	16,7%	2,8%
Zonas públicas*	16,7%	38,9%	19,4%
Cárcel o correccional	0,4%	2,8%	,7%
Otros	0,8%	2,8%	1,0%

**p ≤ 0,01.

* p ≤ 0,05.

Tabla 6.24: Lugares empleados habitualmente para pernoctar por usuarios y no usuarios de albergues durante los últimos 12 meses.

Por su parte, la tabla 6.25 destaca una circunstancia en principio intuitiva considerando los criterios de inclusión de los sujetos en cada una de las categorías: durante los últimos siete días los usuarios de albergues utilizaron para pernoctar en mayor medida estos dispositivos, en tanto que los no

usuarios optaron por buscar refugio principalmente en zonas públicas o edificios abandonados o en construcción.

Lugar habitual en que durmieron durante los últimos siete días	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Piso en propiedad	0,8%	---	0,7%
Piso alquilado	2,4%	2,7%	2,4%
Habitación alquilada, pensión o similar	1,6%	5,4%	2,1%
Piso, habitación... cedido gratuitamente	3,5%	---	3,1%
Institución par PSH**	76,8%	---	67,1%
Institución para población general	0,8%	---	0,7%
Chabola	0,4%	---	0,3%
Coche	0,4%	2,7%	0,7%
Edificio abandonado o en construcción*	0,4%	16,2%	2,3%
Zonas públicas**	12,2%	64,9%	18,9%
Cárcel o correccional	0,4%	---	0,3%
Hospital	---	2,7%	0,3%
Otros	0,4%	5,4%	1,0%

**p ≤ 0,01.

* p ≤ 0,05.

Tabla 6.25: Lugares empleados habitualmente para pernoctar por usuarios y no usuarios de albergues durante los últimos siete días.

6.2.2.3.2. Características sociodemográficas:

En relación a las características sociodemográficas, se observan diferencias significativas entre “usuarios” y “no usuarios” de albergues en aspectos tales como: a) la nacionalidad, b) el estado civil, c) las personas con quienes conviven, o d) los estudios cursados por la madre.

En primer lugar cabe señalar que, en relación a la nacionalidad de usuarios y no usuarios de albergues, existen diferencias significativas, observándose en la tabla 6.26. como entre los usuarios de albergues hay una mayor cantidad de nacionales españoles que entre los no usuarios de estos dispositivos.

Nacionalidad	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Española*	81,7%	67,6%	79,9%
No española*	18,3%	32,4%	20,1%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.26: Nacionalidad de usuarios y no usuarios de albergues.

Por su parte, las diferencias relativas al estado civil aparecen reflejadas en la tabla 6.27:

Estado civil	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Soltero**	65,3%	52,8%	63,8%
Casado*	6,0%	11,1%	6,6%
Separado o divorciado legalmente	13,1%	16,7%	13,6%
Separado de hecho sin haber iniciado ninguna tramitación legal**	11,6%	2,8%	10,5%
Viudo**	3,6%	16,7%	5,2%
Ns-nc	0,4%	0%	0,3%

**p ≤ 0.01

*p ≤ 0.05

Tabla 6.27: Estado civil de usuarios y no usuarios de albergues.

Tal como se observa en la tabla 6.27., “solteros/as” y “separados/as de hecho sin haber iniciado ninguna tramitación legal” utilizan los albergues en mayor medida que “casados/as” y “viudos/as”, en tanto que no se observan diferencias significativas entre los “separados o divorciados legalmente”.

Las observaciones acerca de con quienes convivían las PSH en el momento de la entrevista se pueden observar en la tabla 6.28:

Personas con quienes convive	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Casado / en pareja con hijos	2,4%	---	2,1%
Casado / en pareja sin hijos	4,7%	8,1%	5,2%
Padres	0,4%	---	,3%
Parientes	1,2%	---	1,0%
Solo con hijos	2,8%	---	2,4%
Persona mayor que vive sola sin hijos**	10,7%	2,7%	9,7%
Persona joven o de mediana edad que vive sola sin hijos	73,9%	70,3%	73,4%
Amigos**	1,6%	18,9%	3,8%
Otra	2,4%	---	2,1%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.28: Situación actual de convivencia de usuarios y no usuarios de albergues.

Sin bien no existen diferencias significativas entre quienes viven “casados o en pareja -con o sin hijos-”, viven “con sus padres”, viven “con parientes”, viven “solos con sus hijos” o las “personas jóvenes o de mediana edad que viven solas sin hijos”, se observa en la tabla 6.28. que, significativamente, utilizan en mayor medida los albergues las “personas

mayores que viven solas sin hijos” que quienes viven “con amigos”.

En relación a los estudios familiares, diferentes trabajos señalan que el nivel de estudios del padre puede funcionar a modo de indicador del nivel cultural de la familia de origen, dado que resulta un hecho aceptado que es el cabeza de familia quien determina la clase social de pertenencia del conjunto de la unidad familiar (Cromton, 1994; Feito, 1995). En este sentido, no se observan diferencias significativas entre “usuarios” y “no usuarios” de albergues, diferencias que, sin embargo, resultan significativas al considerar el nivel de educación de la madre, aspecto éste que puede tener una cierta relevancia si se considera que es la madre quien, de forma general, suele adoptar un papel más importante en la educación de sus hijos, de forma especial durante su primer período de vida.

La tabla 6.29. muestra las diferencias encontradas entre “usuarios” y “no usuarios” en lo que a los estudios maternos se refiere:

Estudios de la madre	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Sin estudios (no sabe leer)**	19,8%	7,9%	18,3%
Sin estudios (sabe leer)**	29,8%	39,5%	31,0%
Primarios incompletos (preescolar o primeros años)	9,5%	7,9%	9,3%
Primer grado (EGB, 1ª etapa, ingreso, etc.)*	12,7%	18,4%	13,4%
Segundo grado - primer ciclo*	9,5%	2,6%	8,6%
Segundo grado – segundo ciclo	3,2%	5,3%	3,4%
Tercer grado - grado medio	3,6%	2,6%	3,4%
Tercer grado – universitario**	0,8%	13,2%	2,4%
Ns / nc*	11,1%	2,6%	10,0%

*p ≤ 0,05.

**p ≤ 0,01.

Tabla 6.29: Estudios cursados por la madre de usuarios y no usuarios de albergues .

En lo relacionado con aquellas PSH cuya madre carece de estudios, se observa que significativamente los hijos de aquellas que “no saben leer” utilizan en mayor medida los albergues que los hijos de las madres que “sí saben leer”.

Por su parte, las PSH cuyas madres poseen estudios de “primer grado (EGB, 1ª etapa, ingreso, etc... Hasta los 10 años)” utilizan en menor medida los albergues que los hijos de madres que poseen estudios de “segundo grado /

Primer ciclo (EGB, 2º etapa, 4º de bachiller, graduado escolar, auxiliar administrativo... hasta los 14 años)". Finalmente, los hijos de madres con estudios de "tercer grado / Universitario (Facultades, escuelas técnicas superiores, doctorados)" son también en mayor medida "no usuarios" de albergues.

Para finalizar este apartado cabe señalar que no se observaron diferencias significativas en relación a cuestiones tales como edad, género, número de hijos, nivel de estudios propios, nivel de estudios del padre o razones por las que se vieron interrumpidos sus estudios.

6.2.2.3.3. Empleo y recursos económicos.

Respecto a las diferencias entre usuarios y no usuarios de albergues en lo relativo a aquellas circunstancias vinculadas al empleo o a los recursos económicos disponibles, se encontraron diferencias significativas entre ambos colectivos en relación a tres únicos factores: a) las razones por las que dejaron de tener un empleo -con contrato o en régimen de autónomos-; b) el tiempo transcurrido desde la última actividad económica -remunerada o a cambio de prestación- y c) el hecho de considerar que la causa por la que no realizan actividades económicas deriva de sus problemas de salud física.

Así, y en relación a la razón fundamental por la que las PSH dejaron de realizar su último empleo -con contrato y/o en régimen de autónomos-, los datos obtenidos se reflejan en la tabla 6.30:

Motivos	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Por problemas de salud física	11,7%	3,1%	10,5%
Por problemas de salud mental	3,4%	9,4%	4,2%
Otros problemas personales (familiares, de vivienda...)	8,3%	3,1%	7,6%
Era un trabajo temporal, que finalizó*	21,0%	46,9%	24,5%
Fue despedido*	14,1%	3,1%	12,7%
Solicitó su despido	6,8%	3,1%	6,3%
El trabajo no le convenía (horarios, salario...)	5,4%	---	4,6%
Otras causas	27,3%	31,3%	27,8%
Ns/nc	2,0%	----	1,7%

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.30: Motivos por la que dejaron de realizar un empleo con contrato o en régimen de autónomo usuarios y no usuarios de albergues.

Tal como se desprende de la tabla 6.30., de una forma significativa quienes tenían un “trabajo temporal, que finalizó” utilizan en menor medida los albergues que quienes “fueron despedidos” de su último empleo.

Preguntadas aquellas PSH que manifestaron no realizar ningún tipo de actividad económica sobre el tiempo transcurrido desde la última actividad de carácter económico realizada -remunerada o a cambio de una prestación-, los resultados obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.31:

Tiempo	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Entre 0-3 meses	18,2%	20,0%	18,4%
Entre 4-6 meses*	9,8%	20,0%	10,9%
Entre 7-11 meses	8,9%	12,0%	9,2%
1 año o más y menos de 2 años*	12,6%	32,0%	14,6%
2 años o más*	47,2%	16,0%	43,9%
Ns/nc	3,3%		2,9%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.31: Tiempo que dejaron de realizar una actividad económica -remunerada o a cambio de una prestación- usuarios y no usuarios de albergues.

En la tabla 6.31. se observan cómo quienes llevan “entre cuatro y seis meses” o “un año o más y menos de dos años” sin desarrollar ningún tipo de actividad económica son quienes, de forma significativa, utilizan los albergues en menor medida. Por contra, quienes llevan “dos años o más” sin realizar actividades laborales son en mayor medida “usuarios” de albergues.

Preguntados acerca de las razones por las cuales en el momento de la entrevista no realizaban ninguna actividad económica, las únicas diferencias significativas se encontraron en relación a los problemas de salud, aspecto que aparece recogido en la tabla 6.32:

No realiza ninguna actividad económica fundamentalmente por problemas de salud física	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Sí*	26,8%	4,2%	24,5%
No*	72,3%	95,8%	74,7%
Ns / nc	0,9%	---	0,8%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.32: No realización de ninguna actividad económica fundamentalmente por problemas de salud física en usuarios y no usuarios de albergues.

Tal como se desprende de la tabla 6.32., quienes afirman no realizar ninguna actividad económica fundamentalmente por problemas de salud física utilizan de forma significativa en mayor medida los albergues que quienes no asocian a este tipo de problemas su situación de desempleo.

Finalmente, cabe señalar que no se observaron diferencias significativas en relación a aspectos tales como la frecuencia con que los entrevistados desarrollaron actividades económicas, el tiempo transcurrido desde su último empleo, el hecho de cobrar prestaciones por desempleo tras el último trabajo, su situación laboral el año anterior a la realización de la entrevista, los intentos de búsqueda de empleo (ya fuera a través de instituciones privadas, instituciones públicas, amigos, familiares u otros cauces) o su situación en el Instituto Nacional de Empleo.

Tampoco se observaron diferencias significativas en relación a la edad en que comenzaron a trabajar, el total de meses trabajados a lo largo de su vida, los meses que duró su actividad económica más duradera o el número de diferentes actividades laborales desempeñadas durante el último año.

6.2.2.3.4. Historia de vida.

Las únicas diferencias significativas observadas entre usuarios y no usuarios de albergues en relación a su historia de vida aparecen en relación a: a) la edad en que por primera vez se encontraron sin hogar y b) el número de ocasiones en que cambiaron de ciudad de residencia antes de encontrarse por primera vez en la situación de sin hogar.

Situaciones en relación a encontrarse sin hogar.	Usuarios (n=252) (Puntuación media)	No usuarios (n=37) (Puntuación media)	Total (n=289) (Puntuación media)
Edad en la primera ocasión que estuvo sin hogar al menos una noche*	32,59 años	27,22 años	31,9 años
Número de cambios de ciudad de residencia antes de encontrarse por primera vez sin hogar**	2,04 cambios	5,42 cambios	2,47 cambios

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

Tabla 6.33: Edad y número de cambios de lugar de residencia antes de la primera ocasión en la situación de sin hogar de usuarios y no usuarios de albergues.

Como se refleja en la tabla 6.33., los usuarios de albergues se encontraron por primera vez sin hogar de media 5,37 años más tarde que quienes no utilizan estos recursos, cambiando de ciudad de residencia antes de encontrarse en la situación de sin hogar una media de tres veces menos que estos últimos.

No se observan diferencias entre usuarios y no usuarios de albergues en lo relativo a aspectos tan variados de su infancia como el lugar en que vivieron mas tiempo o el número de años viviendo con un solo progenitor antes de los 18 años, la frecuencia con que su familia recibió ayudas o caridad o el nivel de pobreza o riqueza de su familia antes de la mayoría de edad.

En la misma línea, tampoco se observan diferencias significativas en lo relativo al número de veces que se encontraron sin hogar, el tiempo que permanecieron en esa situación, los lugares en que vivieron antes de encontrarse sin hogar, el número de cambios de ciudad tras encontrarse sin hogar o la recepción periódica de dinero a lo largo del último año.

6.2.2.3.6. Consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.

El 19,4% de la muestra manifestó haber utilizado en alguna ocasión a lo largo de su vida heroína, porcentaje que ascendía al 25,3% cuando se hacía referencia a la cocaína. No se observaron diferencias significativas entre

usuarios y no usuarios de albergues en relación a haber usado en alguna ocasión estas sustancias. Por contra, se observan diferencias significativas en lo relativo al consumo durante los seis meses anteriores a la realización de la entrevista por quienes en alguna ocasión habían probado estas sustancias, cuestión que aparece reflejada en la tabla 6.34:

Consumo durante los últimos seis meses de:	Usuarios consumidores (cocaína: n=60) (heroína: n=46)	No usuarios consumidores (cocaína: n=13) (heroína: n=10)	Total consumidores (cocaína: n=73) (heroína: n=56)
Cocaína**	40,0%	84,6%	47,9%
Heroína*	56,5%	90,0%	62,5%

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.34: Consumo de cocaína y heroína en los últimos seis meses entre usuarios y no usuarios de albergues que utilizaron drogas en alguna ocasión a lo largo de su vida.

Como se observa en la tabla 6.34., quienes consumieron heroína o cocaína en los últimos seis meses son, de forma significativa, en menor medida usuarios de albergues que quienes no probaron estas sustancias.

En lo relativo al consumo de alcohol, y utilizando como criterio haber puntuado 1 o más en el CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974), se observan diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues tal como se desprende de la tabla 6.35:

Puntuaciones en el CAGE:	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Puntuación 0 en el CAGE*	66,3%	45,9%	63,7%
Puntuación 1 o superior en el CAGE*	33,7%	54,1%	36,3%

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

Tabla 6.35: Puntuaciones en el CAGE de usuarios y no usuarios de albergues.

Se puede observar en la tabla 6.35. que los no usuarios de albergues presentan puntuaciones superiores a 1 en el CAGE en mayor medida que los usuarios, indicativo de una mayor cantidad de problemas asociados a un consumo excesivo de alcohol entre los primeros.

Finalmente, cabe señalar que en relación al consumo de sustancias psicoactivas no se apreciaron diferencias significativas entre usuarios y no

usuarios de albergues en cuanto haber utilizado en alguna ocasión a lo largo de la vida cocaína, heroína, cannabis, sedantes u otras drogas, o haber utilizado durante los 6 meses anteriores a la utilización de la entrevista cannabis, sedantes u otras drogas.

6.2.2.3.6. Salud física y mental.

Estudiando las cuestiones relacionadas con la salud -tanto física como mental- se observaron diferencias significativas entre “usuarios” y “no usuarios” de albergues en cinco diferentes aspectos: a) número de noches (en los últimos siete días) en las que les costó conciliar el sueño debido al frío; b) padecer frecuentes dolores de espalda o huesos; c) haber padecido hepatitis o ictericia durante el último año y d) haber tenido relaciones sexuales en los pasados cinco años sin tomar las precauciones adecuadas para no contagiarse del virus del SIDA.

En lo relativo al número de noches en que durante la última semana les costó conciliar el sueño por causa del frío, las diferencias aparecen recogidas en la tabla 6.36:

	Usuarios (n=252) (Puntuación media)	No usuarios (n=37) (Puntuación media)	Total (n=289) (Puntuación media)
Cuántas noches le ha costado conciliar el sueño debido al frío durante los últimos siete días**	0,71 noches	1,67 noches	0,83 noches

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.36: Número medio semanal de noches con problemas de frío entre usuarios y no usuarios de albergues.

Tal como se desprende de la tabla 6.36., quienes no utilizan albergues manifiestan tener más problemas para conciliar el sueño debido al frío que quienes recurren a ellos para pernoctar.

Por su parte, y en relación a padecer de forma frecuente dolores de espalda o huesos, haber padecido durante el último año hepatitis, ictericia o

haber mantenido relaciones sexuales sin tomar precauciones para no contagiarse del SIDA en los últimos cinco años, las diferencias significativas entre “usuarios” y “no usuarios” de albergues aparecen recogidos en la tabla 6.37:

	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Tienen frecuentes dolores de espalda o huesos**	35,7%	41,7%	36,5%
Han padecido hepatitis-ictericia durante el último año*	6,3%	16,2%	7,6%
Mantener relaciones sexuales sin tomar precauciones adecuadas para no contagiarse del SIDA en los últimos 5 años*	35,5%	56,8%	38,2%

** $p \leq 0,01$.

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.37: Problemas de salud y conductas de riesgo de usuarios y no usuarios de albergues.

Como refleja la tabla 6.37., los no usuarios de albergues, de forma significativa, manifiestan tener en mayor medida frecuentes dolores de espalda o huesos, han padecido durante el último año en mayor medida hepatitis o ictericia y, de igual forma, en mayor medida durante los últimos 5 años han mantenido relaciones sexuales sin tomar precauciones adecuadas para no contagiarse del SIDA.

Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en relación a la percepción de salud de los sujetos, las limitaciones derivadas de problemas de salud, el uso de gafas o dentadura postiza, tener caries, necesitar medicación diaria, tener problemas de sueño, fumar diariamente o consumir alcohol diariamente.

En cuanto a los problemas de salud padecidos por las PSH durante el año anterior a la entrevista, no se observan diferencias significativas en lo referente a aspectos tales como el padecimiento de enfermedades de transmisión sexual -sífilis, gonorrea u otra enfermedad de transmisión sexual-, tuberculosis, SIDA, problemas respiratorios -bronquitis, asma, fiebre del heno, neumonía, enfisema...-, problemas del corazón o sistema circulatorio -incluyendo hipertensión, anemia, varices u otros trastornos coronarios-, gripe o resfriados graves, problemas en huesos o músculos -parálisis, bursitis, artritis,

reumatismo...-, problemas gastrointestinales o estomacales, úlceras, problemas no infecciosos del hígado, cirrosis, problemas del sistema nervioso -epilepsia, migraña, esclerosis múltiple o convulsiones-, irritaciones o úlceras en la piel o diabetes.

Tampoco se observan diferencias significativas en cuanto a padecer alguna minusvalía física o sensorial, ni en el número de accidentes, heridas o intoxicaciones, el número de noches de hospitalización o de visitas a servicios de urgencias durante la última semana.

Finalmente, y en lo relativo a la salud mental, cabe señalar que no se observan diferencias significativas en cuanto a haber padecido trastornos de ansiedad, depresión o psicosis a lo largo del último año.

6.2.2.3.7. Sucesos vitales estresantes.

Si bien no se observan diferencias significativas entre “usuarios” y “no usuarios” de albergues en cuanto al número total de sucesos vitales estresantes padecidos, sí aparecen diferencias significativas en lo referente a haber padecido: a) muerte del padre; b) fugas del lugar en que vivía antes de los 18 años; c) enfermedades, lesiones o accidentes graves o f) muerte del cónyuge o pareja. Los resultados a este respecto aparecen recogidos en la tabla 6.38:

Sucesos vitales estresantes	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Muerte del padre*	61,8%	41,7%	59,2%
Fugarse de lugar en que vivían antes de los 18 años**	22,3%	67,6%	28,1%
Haber sufrido enfermedades, lesiones o accidentes graves**	36,5%	59,5%	39,4%
Muerte de su cónyuge o pareja**	6,8%	21,6%	8,7%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.38: Sucesos vitales estresantes padecidos por usuarios y no usuarios de albergues.

Tal como se desprende de la tabla 6.38., entre los “usuarios” de

albergues se observa que una mayor cantidad de ellos perdieron a sus padres. Por contra, entre los “no usuarios” se observa un mayor índice de fugas antes de los 18 años, mayor cantidad de enfermedades, lesiones o accidentes graves y un número mayor de personas que perdieron a su cónyuge.

No se observan diferencias significativas en relación a eventos vitales estresantes tales como muerte de la madre; que alguno de sus padres fuera una PSH, hubiese tenido problemas con el alcohol o las drogas, hubiese padecido una enfermedad física incapacitante o problemas de salud mental o hubiese abandonado el hogar antes de los 18 años del entrevistado. Tampoco se observan diferencias significativas en cuanto a haber padecido malos tratos o violencia sexual antes de los 18 años; haber sido abandonado por sus padres antes de los 18 años; haber ingresado en un orfanato; haberse divorciado o separado de su cónyuge o pareja; haber tenido problemas graves de desempleo o problemas económicos importantes; haber estado ingresado en la cárcel o correccional; haber perdido su vivienda por desahucio, derribo y otras causas; haber estado ingresado en un hospital psiquiátrico; haber desarrollado trabajos o actividades que le hallan separado de su domicilio; haber tenido algún problema de salud mental; haber sufrido agresiones sexuales o violencia física después de los 18 años; haber sufrido malos tratos por parte de su pareja o cónyuge; o haber intentado suicidarse.

6.2.2.3.8. Apoyo social.

En relación al apoyo social, se observan diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en lo relativo a: a) su satisfacción con la relación que existe con sus familiares, amigos u otras personas sin hogar; b) la medida en que demuestran que se preocupan por ellos sus familiares; c) la medida en que reciben ayuda en caso de problemas serios de sus familiares; d) la medida en que le proporciona información su pareja u otras PSH acerca de trabajos, pensiones u otras cuestiones que puedan servirle de ayuda; e) la medida en que comparten con los amigos actividades y diversiones; f) la frecuencia con que se sienten abandonados por otras PSH cuando lo necesitan

y g) la satisfacción acerca de la cantidad de tiempo que pasa con otras personas.

En relación a la satisfacción que encuentran en la cantidad de tiempo que pasan junto a otras personas, las puntuaciones obtenidas aparecen reflejadas en la tabla 6.39:

Satisfacción	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nada*	14,0%	25,0%	15,4%
Poco	29,6%	33,3%	30,1%
Bastante**	46,4%	16,7%	42,7%
Mucho**	6,4%	25,0%	8,7%
Ns/nc	3,6%	---	3,1%

** $p \leq 0,01$.

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.39: Satisfacción sobre el tiempo que pasan con otras personas usuarios y no usuarios de albergues.

Se observa en la tabla 6.39. que quienes no utilizan albergues ocupan posiciones extremas en cuanto a la satisfacción sobre la cantidad de tiempo que pasan con otras personas, considerándose en mayor medida que los usuarios “nada satisfechos” o “muy satisfechos”. Por contra, estos últimos tienden a manifestarse en mayor medida “bastante satisfechos” al respecto.

Por su parte, los resultados obtenidos en relación a la satisfacción que los entrevistados obtienen de su relación con familiares, amigos u otras PSH aparecen reflejados en la tabla 6.40:

La satisfacción en la relación existente con	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Sus familiares			
Nada	34,1%	27,3%	33,2%
Poco*	19,0%	6,1%	17,2%
Bastante	28,0%	21,2%	27,0%
Mucho**	16,6%	42,4%	20,1%
Ns-nc	2,4%	3,0%	2,5%
Sus amigos			
Nada	19,2%	11,1%	18,0%
Poco	17,2%	11,1%	16,3%
Bastante**	44,4%	29,6%	42,1%
Mucho**	19,2%	37,0%	21,9%
Ns/nc	---	11,1%	1,7%
Otras personas sin hogar			
Nada	20,3%	21,4%	20,4%
Poco*	24,4%	7,1%	22,2%
Bastante*	38,6%	25,0%	36,9%
Mucho**	13,7%	39,3%	16,9%
Ns/nc	3,0%	7,1%	3,6%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.40: Satisfacción de usuarios y no usuarios de albergues con sus relaciones sociales.

La tabla 6.40. refleja como los no usuarios de albergues manifiestan obtener más satisfacción que los usuarios en lo que respecta a su relación tanto con familiares como con amigos u otras PSH, especialmente significativa si se consideran las notables diferencias entre ambos grupos que aparecen en relación al ítem “mucho”.

La medida en que, en opinión de los entrevistados, sus familiares demuestran que se preocupan realmente por ellos se encuentra reflejada en la tabla 6.41:

	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca*	29,2%	18,2%	27,8%
Pocas veces*	13,2%	3,0%	11,8%
Algunas veces	10,4%	15,2%	11,0%
Mayoría veces	16,5%	12,1%	15,9%
Siempre*	23,6%	48,5%	26,9%
Ns/nc	7,1%	3,0%	6,5%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.41: Ocasiones en que muestran preocupación por usuarios y no usuarios de albergues sus familiares.

La tabla 6.41. muestra cómo los usuarios de albergues perciben que sus familiares se preocupan en menor medida por ellos que los no usuarios, aspecto este que se extrae del hecho de que, significativamente, los usuarios puntúan en mayor medida en los ítems “nunca” o “pocas veces” en tanto que los no usuarios obtienen significativamente mayores puntuaciones en el ítem “siempre”.

Preguntados acerca de en que medida sus familiares les prestan ayuda con los problemas serios, los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 6.42:

	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca**	44,8%	24,2%	42,0%
Pocas veces	7,1%	3,0%	6,5%
Algunas veces*	8,5%	24,2%	10,6%
Mayoría veces	10,8%	6,1%	10,2%
Siempre*	23,6%	39,4%	25,7%
Ns/nc	5,2%	3,0%	4,9%

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

Tabla 6.42: Medida en que los usuarios y no usuarios de albergues son ayudados frente a los problemas serios por parte de sus familiares.

En la tabla 6.42. se observa cómo los no usuarios de albergues perciben que sus familiares les prestan en mayor medida ayuda con los problemas serios que los usuarios, aspecto especialmente destacable en relación al ítem “nunca”, donde los últimos presentan porcentajes significativamente más altos, alcanzando casi a la mitad de la muestra.

Los resultados obtenidos acerca de la medida en que su pareja u otras PSH les proporcionan información acerca de trabajos, pensiones u otras cuestiones que puedan servirles de ayuda se encuentran reflejados en la tabla 6.43:

Medida en que le proporciona información acerca de trabajos, pensiones u otras cuestiones que puedan servirle de ayuda.	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Su pareja			
Nunca	34,7%	27,3%	33,3%
Pocas veces	6,1%	---	5,0%
Algunas veces	10,2%	9,1%	10,0%
Mayoría veces*	20,4%	---	16,7%
Siempre*	28,6%	45,5%	31,7%
Ns/nc	18,2%	3,3%	
Otras PSH			
Nunca	48,2%	57,1%	49,3%
Pocas veces	8,2%	10,7%	8,5%
Algunas veces*	17,4%	---	15,2%
Mayoría veces	6,2%	3,6%	5,8%
Siempre*	11,8%	28,6%	13,9%
Ns/nc	8,2%	---	7,2%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.43: Medida en que proporcionan a usuarios y no usuarios de albergues información acerca de trabajos, pensiones u otras cuestiones que puedan servirle de ayuda la pareja u otras PSH.

Como se desprende de la tabla 6.43., un mayor porcentaje de no usuarios que de usuarios de albergues perciben que tanto su pareja como otras PSH les proporcionan información sobre trabajos, pensiones u otras cuestiones. Esta diferencia queda especialmente palpable en el ítem “siempre”, contestado por un porcentaje significativamente mayor de no usuarios en ambas situaciones.

Sobre la medida en que comparten con los amigos actividades y diversiones, los resultados obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.44:

Frecuencia	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca	30,2%	30,0%	30,2%
Pocas veces*	14,1%	---	11,7%
Algunas veces*	20,1%	40,0%	23,5%
Mayoría veces	12,1%	20,0%	13,4%
Siempre	17,4%	6,7%	15,6%
Ns/nc	6,0%	3,3%	5,6%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.44: Frecuencia con que usuarios y no usuarios de albergues comparten actividades y diversiones con amigos.

Conforme aparece recogido en la tabla 6.44., los no usuarios de albergues comparten con los amigos actividades y diversiones en mayor medida que los usuarios, aspecto que destaca al observarse como de forma significativa un mayor porcentaje de usuarios manifiesta hacerlo “pocas veces” en tanto que un mayor porcentaje de no usuarios se decanta en mayor medida por el ítem “algunas veces”. Finalmente, preguntados por la frecuencia con que se sienten abandonados por las otras PSH cuando los necesita, se obtuvieron los resultados que aparecen reflejados en la tabla 6.45:

Frecuencia	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca*	34,4%	48,1%	36,0%
Pocas veces	12,8%	3,7%	11,7%
Algunas veces	13,3%	3,7%	12,2%
Mayoría veces	6,2%	---	5,4%
Siempre*	12,8%	33,3%	15,3%
Ns/nc	20,5%	11,1%	19,4%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.45: Frecuencia con que usuarios y no usuarios de albergues se sienten abandonados por otras PSH cuando lo necesitan.

Se desprende de la tabla 6.45. que los no usuarios de albergues se sienten abandonados por otras PSH cuando los necesitan en menor medida que los usuarios de los dispositivos. Mientras de forma significativa un mayor porcentaje de los primeros manifiestan no sentirse “nunca” abandonados, un mayor porcentajes de usuarios manifiestan sentirse “siempre” abandonados.

Por su parte, no se observaron diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en lo referente a cuestiones relativas al apoyo social como: tener pareja, familiares o amigos; conocer a otras PSH; la frecuencia con que ven a su pareja, familiares, amigos u otras PSH; la satisfacción en la relación con su pareja; las muestras de preocupación por parte de su pareja, amigos u otras PSH; la ayuda prestada por su pareja, amigos u otras PSH; la disposición para escucharle de su pareja, amigos u otras PSH; la provisión de dinero por su pareja, familiares, amigos u otras PSH; la medida en que les proporcionan información acerca de trabajos, pensiones u otras personas que pudieran servirle de ayuda familiares o amigos; la medida en que les proveen

de comida o un lugar donde quedarse la pareja, familiares, amigos o PSH; la medida en que comparten actividades o diversiones con la pareja, familiares o PSH; la medida en que le acompañan a sitios para apoyarle su pareja, familiares, amigos o PSH; la frecuencia con que les abandonan cuando lo necesitan la pareja, familiares o amigos; la frecuencia con que recurre a la pareja, familiares, amigos o PSH cuando tiene un problema o está preocupado; el hecho de que su pareja, familia o amigos resida en Madrid o disponga de residencia propia; la medida en que se sienten solos y abandonados; o el nivel de satisfacción sobre el número de amistades que tiene en su vida

6.2.2.3.9. Alimentación.

En relación a diferentes aspectos relativos a la alimentación, los resultados obtenidos indican la existencia de diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en lo respectivo a aspectos tales como: a) los problemas para conseguir comida suficiente de forma diaria a lo largo del último año; b) las dificultades para encontrar comida suficiente a lo largo de la última semana y c) el lugar en que obtuvieron los alimentos a lo largo de la última semana.

Respecto a la medida en que, en términos generales, supuso un problema conseguir de forma diaria comida en cantidades suficientes a lo largo del último año, los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 6.46:

Frecuencia	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca*	62,7%	44,4%	60,4%
Casi nunca*	14,7%	33,3%	17,0%
Frecuentemente	13,5%	19,4%	14,2%
Muy frecuentemente	8,7%	2,8%	8,0%
Ns/nc	0,4%	---	0,3%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.46: Frecuencia en que supuso un problema a usuarios y no usuarios de albergues conseguir diariamente comida suficiente durante el último año.

En la tabla 6.46. se observa cómo los usuarios de albergues tuvieron

menos problemas para conseguir comida diariamente que los no usuarios: mientras un mayor porcentaje de los primeros manifestó no haber tenido problemas “nunca”, un mayor porcentaje de los segundos manifestó no haber tenido problemas “casi nunca”.

Si el período de tiempo se reduce de un año una semana se obtienen los resultados reflejados en la tabla 6.47:

Dificultades	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Muy difícil	5,6%	13,5%	6,6%
Difícil*	6,8%	18,9%	8,3%
Fácil	25,5%	27,0%	25,7%
Muy fácil*	60,2%	37,8%	57,3%
Ns/nc	2,0%	2,7%	2,1%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.47: Dificultad encontrada por usuarios y no usuarios de albergues para conseguir diariamente comida suficiente durante la última semana.

Tal como se observa en la tabla 6.47., los no usuarios de albergues encontraron más “difícil” conseguir comida suficiente a lo largo de la última semana que los usuarios de estos dispositivos, entre quienes en un significativo mayor porcentaje encontraron “muy fácil” conseguir comida suficiente.

En relación a los lugares donde, a lo largo de los siete días anteriores a la realización de la entrevista, en mayor medida las PSH obtuvieron los alimentos, los resultados obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.48:

Estrategias para la obtención de comida la mayor parte del tiempo durante la última semana.	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
El o alguien con quien vivía los compraba (restaurante, mercado...)	7,1%	15,8%	8,3%
En albergues o comedores públicos*	83,7%	65,8%	81,4%
Se los dieron sus amigos, los miembros de su familia y otras personas	4,0%	10,5%	4,8%
Los encontró en la calle o cubos de basura	0,8%	5,3%	1,4%
En cualquier otro sitio	2,0%	0%	1,7%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.48: Estrategias para la obtención habitual de comida por usuarios y no usuarios de albergues durante la última semana.

Como se observa en la tabla 6.48., las únicas diferencias significativas surgen en relación a la obtención de la comida en los albergues o comedores sociales donde obtuvieron la comida un mayor porcentaje de usuarios de albergues que de no usuarios de estos dispositivos.

Por contra, no se observaron diferencias significativas en lo relativo a aspectos tales como el lugar donde habitualmente obtuvieron la comida a lo largo del último año o los motivos alegados por las doce personas que no utilizan comedores sociales para no hacerlo.

6.2.2.3.10. Ropa:

En relación a la ropa utilizada por los entrevistados se observa la existencia de diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en lo relativo a: a) la medida en que fue un problema conseguir ropa durante el último año y b) el hecho de conseguir la ropa a lo largo del último año comprándola o buscándola en la calle o cubos de basura.

Preguntados los entrevistados acerca de en qué medida conseguir ropa supuso un problema durante el año anterior a la entrevista se obtuvieron los resultados que aparecen reflejados en la tabla 6.49:

Frecuencia	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca*	66,3%	48,6%	64,0%
Casi nunca	9,9%	16,2%	10,7%
Frecuentemente*	13,1%	29,7%	15,2%
Muy frecuentemente	10,7%	5,4%	10,0%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.49: Frecuencia en que ha sido un problema para usuarios y no usuarios de albergues conseguir ropa durante el último año.

De la tabla 6.49. se desprende que los usuarios de albergues tuvieron menos problemas para conseguir ropa que los no usuarios de estos dispositivos durante el año anterior a ser entrevistados. Un mayor porcentaje de los primeros manifestó, de forma significativa, no haber tenido problemas

“nunca”, en tanto que los no usuarios, en mayor medida, manifestaron haber tenido problemas “frecuentemente”.

Por otro lado, en la tabla 6.50. se refleja en que medida consiguieron los entrevistados la ropa durante el año anterior a la entrevista bien buscándola en la calle o cubos de basura, bien comprándola.

Estrategias	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Buscándola en la calle o cubos de basura*	8,8%	24,3%	10,8%
Comprándola*	46,8%	70,3%	49,8%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.50: Estrategias de obtención de la ropa por usuarios y no usuarios de albergues de durante el último año.

Tal como se refleja en la tabla 6.50., los no usuarios de albergues obtuvieron la ropa en mayor medida “buscándola en la calle o cubos de basura”, en tanto que un mayor porcentaje de usuarios la obtuvieron “comprándola”.

Finalmente, cabe señalar que no se observaron diferencias significativas en lo referente a conseguir ropa en instituciones o facilitada por familiares o amigos y sobre los motivos alegados por quienes no utilizan roperos gratuitos para no hacerlo

6.2.2.3.11. Aseo personal.

En referencia a los aspectos vinculados con el aseo personal de las PSH, cabe señalar que se encontraron diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en lo relativo a: a) la frecuencia con que recurrieron para asearse durante el último año a baños públicos o a baños en albergues; b) la frecuencia con que recurrieron durante la última semana a baños públicos, baños en albergues, lavabos en lugares públicos -bares, cafeterías...- o fuentes; c) no haber utilizado baños públicos en el último año por no conocer ninguno y d) dificultad en el último año y la última semana para encontrar un

lugar donde poder utilizar urinarios y/ o retretes.

Los resultados obtenidos en relación al lugar donde los entrevistados acudieron a asearse habitualmente durante al último año aparecen reflejados en la tabla 6.51:

Lugar	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Baños públicos**	34,1%	70,3%	38,8%
Baños en albergues**	76,2%	9,4%	69,1%

**p ≤ 0,01.

Tabla 6.51: Lugar habitual de aseo de usuarios y no usuarios de albergues durante el último año.

En la tabla 6.51. se observa que en tanto un mayor porcentaje de no usuarios de albergues recurrieron para asearse a “baños públicos” los usuarios recurrieron en mayor medida a los “baños de los albergues” para idéntica actividad.

En la misma línea, si el marco de referencia temporal de la pregunta se reduce de un año a una semana se obtienen los resultados que aparecen reflejados en la tabla 6.52:

Lugar	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
baños públicos**	17,7%	56,8%	22,7%
baños en albergues**	80,3%	1,1%	71,6%
baños en lugares públicos (bares...)	2,4%	10,8%	3,5%
fuentes*	2,0%	16,2%	3,8%

**p ≤ 0,01.

Tabla 6.52: Lugar habitual de aseo de usuarios y no usuarios de albergues durante la última semana.

De la misma forma que sucedía al contemplar períodos de un año, si se tiene en consideración únicamente la última semana se observa que un mayor porcentaje de no usuarios de albergues recurrieron “baños públicos” mientras los usuarios se asearon preferentemente en los “baños de los albergues”. Pero, junto a ello, se observa como en este período de tiempo los no usuarios también recurren para asearse a las “fuentes” en mayor medida que los usuarios de albergues.

Por su parte, las dificultades encontradas por las PSH durante el último año para localizar un lugar donde poder utilizar urinarios y/o retretes aparece reflejada en la tabla 6.53:

Frecuencia	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca*	69,6%	51,4%	67,2%
Casi nunca	10,3%	16,2%	11,0%
Frecuentemente*	10,7%	27,0%	12,8%
Muy frecuentemente	7,9%	5,4%	7,6%
Ns/nc	1,6%	---	1,4%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.53: Frecuencia en las dificultades encontradas para el uso de urinarios o retretes por usuarios y no usuarios de albergues durante el último año.

Tal como se desprende de la tabla 6.53., los usuarios de albergues manifiestan menos problemas que los no usuarios para encontrar un lugar donde puede utilizar urinarios o retretes, manifestando un mayor porcentaje de los primeros no haber tenido “nunca” problemas al respecto en tanto que un significativo mayor porcentaje de no usuarios manifestaron problemas “frecuentemente”.

En relación a las dificultades encontradas para localizar urinarios y/o retretes, esta vez en relación a la semana anterior a la entrevista, las puntuaciones obtenidas se reflejan en la tabla 6.54:

Dificultad	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Muy difícil	14,3%	21,6%	15,2%
Difícil*	8,7%	18,9%	10,0%
Fácil	14,3%	8,1%	13,5%
Muy fácil**	61,5%	40,5%	58,8%
Ns/nc	1,2%	10,8%	2,4%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.54: Dificultad para encontrar un lugar donde poder usar urinarios y no usuarios de albergues urinarios o retretes durante la última semana.

De la tabla 6.54., se extrae que, tal como sucedía al considerar un período anual, son los usuarios de albergues quienes manifiestan tener menos problemas para encontrar un lugar donde poder utilizar urinarios y/o retretes,

como demuestran las diferencias significativas encontradas en los ítems “difícil” y “muy fácil”.

Finalmente, cabe señalar que no se observaron diferencias significativas en relación a las dificultades para encontrar un lugar donde asearse; asearse en casas particulares o lugares públicos; asearse en fuentes a lo largo del último año; o en lo relativo a los motivos alegados por las veinte personas que no utilizan baños públicos para no hacerlo.

6.2.2.3.12. Otros servicios.

Sobre el conocimiento o utilización de otros servicios -Servicios de información, UMES, Servicios Sociales Generales, Centros de Salud, Centros de Salud Mental o Servicios de Urgencia-, se observan diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en los relativo a: a) haber utilizado durante el último año servicios de información para PSH -CEDIA, SITADE...-; b) conocer la UMES; c) haber utilizado la UMES durante el último año, d) el informador habitual sobre los servicios existentes -albergues, comedores sociales, centros de salud, UMES...-.

En relación a la utilización durante el año anterior a la entrevista de servicios de información para PSH -CEDIA, SITADE...- o de la UMES, los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.55:

Servicios	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Servicios de información para PSH -CEDIA, SITADE...-*	59,6%	28,6%	55,3%
UMES (Unidad Móvil de Emergencia Social)*	17,1%	50,0%	23,5%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.55: Utilización anual por usuarios y no usuarios de albergues de diferentes servicios.

Como se observa en la tabla 6.55., un significativo mayor porcentaje de usuarios que de no usuarios de albergues utilizaron durante el último año servicios de información para PSH. Estos porcentajes se invierten en lo relativo al conocimiento de la UMES, donde aparecen como mayoría los no usuarios,

siendo éstos también quienes en mayor medida conocen este servicio tal como se refleja en la tabla 6.56:

	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Conoce la UMES (Unidad Móvil de Emergencias Sociales)**	15,9%	27,0%	17,3%

**p ≤ 0,01.

Tabla 6.56: Conocimiento de la UMES por usuarios y no usuarios de albergues.

Los resultados encontrados acerca de quienes, de forma habitual, informan a los entrevistados sobre los servicios -albergues, comedores sociales, centros de salud, centros de salud mental, UMES...- se reflejan en la tabla 6.57:

Informadores	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Familiares	0,8%	---	0,7%
Amigos	8,6%	2,8%	7,9%
Personas en su misma situación**	39,8%	80,6%	45,0%
Personal de los recursos**	27,0%	8,3%	24,6%
Otros	18,9%	8,3%	17,5%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.57: Informadores habituales de usuarios y no usuarios de albergues sobre diferentes servicios -albergues, comedores sociales, centros de salud, UMES...-.

Como se desprende de la tabla 6.57., los usuarios de albergues son informados en mayor medida por el “personal que trabaja en los recursos” que los no usuarios, en tanto que estos últimos manifiestan en mayor medida obtener la información de “personas en su misma situación”.

Finalmente, cabe señalar que no se observaron diferencias significativas en relación al conocimiento de servicios de información para PSH, servicios sociales generales, centros de salud, centros de salud mental o servicios de urgencia; ni en lo relativo a la utilización a lo largo del último año de servicios sociales generales, centros de salud, centros de salud mental o servicios de urgencias.

9.2.2.3.13. Derechos ciudadanos y expectativas de futuro.

En este último apartado se observa la existencia de diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en relación a aspectos tales como: a) la frecuencia a lo largo del último año con que hicieron gimnasia, practicaron deportes de equipo o asistieron a espectáculos deportivos; b) la frecuencia semanal con que ven la televisión; c) haber sufrido pequeños robos, agresiones o algún otro delito durante el último año; d) haberlo denunciado a la policía; e) tipo de seguro sanitario que poseen; f) tener en regla el Documento Nacional de Identidad o el pasaporte y g) considerar su situación actual como “sin sentido”.

En relación a la frecuencia con que, a lo largo del último año, las PSH hicieron gimnasia, practicaron deportes de equipo o asistieron a espectáculos deportivos, los resultados obtenidos aparecen reflejados en las tablas 6.58., 6.59. y 6.60.

Frecuencia	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca*	72,6%	62,2%	71,3%
Alguna vez*	6,3%	18,9%	8,0%
Varias veces mes	3,2%	8,1%	3,8%
Semanalmente	17,9%	10,8%	17,0%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.58: Frecuencia con que practicaron gimnasia durante el último año usuarios y no usuarios de albergues.

La tabla 6.58. muestra como los usuarios de albergues en un porcentaje significativamente mayor manifiestan no hacer “nunca” gimnasia, en tanto que son más los no usuarios, quienes manifiestan realizar esta actividad “alguna vez”.

Frecuencia	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca	82,9%	75,7%	81,9%
Alguna vez	8,0%	8,1%	8,0%
Varias veces mes*	2,4%	13,5%	3,8%
Semanalmente	6,4%	2,7%	5,9%
Ns-nc	0,4%	---	0,3%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.59: Frecuencia con que practicaron deportes de equipo durante el último año usuarios y no usuarios de albergues.

Por su parte, de la tabla 6.59. se desprende que los usuarios de albergues practican en mayor medida deportes de equipo que los no usuarios, como se extrae del análisis del único ítem con diferencias significativas: “varias veces al mes”.

Frecuencia en ir a espectáculos deportivos durante el último año	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Nunca**	75,8%	58,3%	73,6%
Alguna vez*	20,6%	36,1%	22,6%
Varias veces mes	0,4%	5,6%	1,0%
Semanalmente	3,2%	---	2,8%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.60: Frecuencia con que fueron a espectáculos deportivos durante el último año usuarios y no usuarios de albergues.

Así mismo, en la tabla 6.60. se observa cómo, en relación a asistir a espectáculos deportivos, los “usuarios” de albergues pusieron de manifiesto hacerlo en menor medida que quienes no utilizan estos dispositivos: en tanto que los primeros se situaban mayoritariamente en el ítem “nunca” los segundos manifestaron en mayor medida hacerlo “alguna vez”.

La frecuencia con que ven la televisión a lo largo de la semana aparece reflejada en la tabla 6.61:

Frecuencia semanal con que ven la televisión	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
A diario**	52,4%	16,7%	47,9%
2 o 3 días a la semana*	14,3%	41,7%	17,7%
Nunca o casi nunca	33,3%	41,7%	34,4%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.61: Frecuencia semanal con que ven la televisión usuarios y no usuarios de albergues.

Muestra la tabla 6.61. cómo, quienes utilizan albergues, ven la televisión en mayor medida que quienes no lo hacen. Los primeros de forma mayoritaria ven la televisión “a diario”, en tanto que la mayor parte de los “no usuarios”, como mucho, lo hacen “dos o tres veces a la semana”.

Los resultados obtenidos en relación a haber sufrido pequeños robos, agresiones o algún otro delito y haberlo denunciado a la policía aparecen reflejados en las tablas 6.62. y 6.63:

Haber sufrido pequeños robos, agresiones o algún otro delito durante el último año	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Sí*	30,2%	48,6%	32,5%
No*	69,8%	51,4%	67,5%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.62: Porcentaje de usuarios y no usuarios de albergues que padecieron delitos durante el último año.

Como se refleja en la tabla 6.62., quienes no utilizan los albergues manifestaron haber sufrido en mayor medida pequeños robos, agresiones o algún otro delito durante el último año y, de igual manera, observando el número de denuncias entre quienes padecieron estos delitos, son significativamente los no usuarios quienes en mayor medida acudieron a denunciarlo a la policía.

Denunciaron a la policía	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Sí*	39,0%	66,7%	44,2%
No*	61,0%	33,3%	55,8%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.63: Denuncias realizadas de delitos sufridos durante el último año por usuarios y no usuarios de albergues.

Los resultados obtenidos en relación a disponer de documentación en regla –Documento Nacional de Identidad o Pasaporte- o con respecto al tipo de seguro sanitario que poseen se encuentran reflejados en las tablas 6.64. y 6.65:

Tener en regla el DNI o pasaporte	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Sí**	86,5%	66,7%	84,0%
No**	11,5%	30,6%	13,9%
NS-NC	2,0%	2,8%	2,1%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.64: Porcentajes de usuarios y no usuarios de albergues con DNI o pasaporte en regla.

Se observa en la tabla 6.64. cómo, de forma significativa, los “usuarios” de albergues tienen en mayor medida su documentación en regla, disponiendo así mismo en mayor medida de seguros sanitarios públicos que los “no usuarios”, quienes, en un significativo mayor porcentaje, manifestaron no tener “ningún” tipo de seguro sanitario.

Tipo seguro sanitario que poseen	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Ninguno**	15,9%	34,2%	18,3%
Sólo publico**	79,3%	57,9%	76,5%
Sólo privado	0,8%	5,3%	1,4%
Ambos	2,8%	2,6%	2,8%
Ns/nc	1,2%	---	1,0%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.65: Tipo de seguro sanitario de que disponen usuarios y no usuarios de albergues.

Por último, cabe señalar que no se observaron diferencias significativas en relación a la frecuencia con que usuarios y no usuarios de albergues realizan excursiones; juegan con máquinas tragaperras, lotería, en bingos o

casinos; juegan a las cartas o van al cine, teatro o discotecas. Tampoco aparecen diferencias significativas en relación tener -o haber tenido- carnet de conducir o ejercer su derecho al voto.

9.2.2.3.14. Resumen de las diferencias entre usuarios y no usuarios de albergues.

En la tabla 6.66. se recogen, a modo de resumen, las principales diferencias estadísticamente significativas observadas entre usuarios y no usuarios de albergues. Estas diferencias aparecen en relación a cuestiones tales como las características sociodemográficas; empleo y recursos económicos; salud física; consumo de alcohol, heroína y cocaína; sucesos vitales estresantes; apoyo social; alimentación; ropa; aseo personal; conocimiento y utilización de servicios; disposición de documentación; historia vital y actividades de ocio y tiempo libre.

Items	Usuarios (n=252)	No usuarios (n=37)	Total (n=289)
Características sociodemográficas			
Españoles*	81,7%	67,6%	79,9%
Extranjeros*	18,3%	32,4%	20,1%
Solteros**	65,3%	52,8%	63,8%
Casados*	6,0%	11,1%	6,6%
Separados de hecho sin haber iniciado ninguna tramitación legal**	11,6%	2,8%	10,5%
Viudos**	3,6%	16,7%	5,2%
Personas mayores que viven solas sin hijos**	10,7%	2,7%	9,7%
Viven con amigos**	1,6%	18,9%	3,8%
Empleo y recursos económicos			
Dejó de trabajar porque era un empleo temporal, que finalizó*	21,0%	46,9%	24,5%
Dejó de trabajar por ser despedido*	14,1%	3,1%	12,7%
Entre 4-6 meses sin realizar una actividad económica*	9,8%	20,0%	10,9%
1 año o más y menos de 2 sin realizar una actividad económica*	12,6%	32,0%	14,6%
2 años o más sin realizar una actividad económica *	47,2%	16,0%	43,9%
No trabaja fundamentalmente por problemas de salud física *	26,8%	4,2%	24,5%
Problemas de salud			
Sufrió frecuentes dolores de espalda o huesos*	35,7%	41,7%	36,5%
Padeció hepatitis-ictericia durante el último año*	6,3%	16,2%	7,6%
Mantuvo relaciones sexuales sin tomar precauciones adecuadas para no contagiarse del SIDA en los últimos 5 años*	35,5%	56,8%	38,2%

Problemas con el alcohol y consumo de sustancia psicoactivas			
Presenta problemas derivados del consumo excesivo de alcohol*	33,7%	54,1%	36,3%
Consumió heroína en los últimos 6 meses*	10,4%	25,0%	12,2%
Consumió cocaína en los últimos 6 meses**	9,5%	29,7%	12,1%
Sucesos vitales estresantes			
Muerte del padre*	61,8%	41,7%	59,2%
Muerte del cónyuge o pareja**	6,8%	21,6%	8,7%
Se fugó del lugar en que vivían antes de los 18 años**	22,3%	67,6%	28,1%
Ha sufrido enfermedades, lesiones o accidentes graves**	36,5%	59,5%	39,4%
Apoyo social			
<i>Nada</i> satisfecho del tiempo que pasa con otras personas*	14,0%	25,0%	15,4%
<i>Bastante</i> satisfecho del tiempo que pasa con otras personas **	46,4%	16,7%	42,7%
<i>Muy satisfecho</i> del tiempo que pasa con otras personas **	6,4%	25,0%	8,7%
La relación que existe con sus familiares le satisface <i>poco</i> *	19,0%	6,1%	17,2%
La relación que existe con sus familiares le satisface <i>mucho</i> **	16,6%	42,4%	20,1%
La relación que existe con sus amigos le satisface <i>bastante</i> **	44,4%	29,6%	42,1%
La relación que existe con sus amigos le satisface <i>mucho</i> **	19,2%	37,0%	21,9%
La relación que existe con otras PSH le satisface <i>poco</i> *	24,4%	7,1%	22,2%
La relación que existe con otras PSH le satisface <i>bastante</i> *	38,6%	25,0%	36,9%
La relación que existe con otras PSH le satisface <i>mucho</i> **	13,7%	39,3%	16,9%
Sus familiares nunca muestran preocupación por él *	29,2%	18,2%	27,8%
Sus familiares <i>pocas veces</i> muestran preocupación por él *	13,2%	3,0%	11,8%
Sus familiares <i>siempre</i> muestran preocupación por ellos *	23,6%	48,5%	26,9%
<i>Nunca</i> sus familiares le ayudan con los problemas serios**	44,8%	24,2%	42,0%
<i>Algunas veces</i> sus familiares le ayudan con los problemas serios *	8,5%	24,2%	10,6%
<i>Siempre</i> sus familiares les prestan ayuda con los problemas serios*	23,6%	39,4%	25,7%
Su pareja <i>siempre</i> le proporciona información importante *	28,6%	45,5%	31,7%
Otras PSH <i>algunas veces</i> le proporciona información importante *	17,4%	---	15,2%
Otras PSH <i>siempre</i> le proporciona información importante *	11,8%	28,6%	13,9%
<i>Pocas veces</i> comparte con los amigos actividades y diversiones*	14,1%	---	11,7%
<i>Algunas veces</i> comparte con los amigos actividades y diversiones*	20,1%	40,0%	23,5%
<i>Nunca</i> le abandonan las PSH cuando lo necesita *	34,4%	48,1%	36,0%
<i>Siempre</i> le abandonan las PSH cuando lo necesita *	12,8%	33,3%	15,3%
Alimentación			
<i>Nunca</i> ha sido un problema conseguir comida el último año*	62,7%	44,4%	60,4%
<i>Casi nunca</i> ha sido un problema conseguir comida el último año*	14,7%	33,3%	17,0%
Le resultó <i>difícil</i> conseguir comida la última semana *	6,8%	18,9%	8,3%
Le resultó <i>muy fácil</i> conseguir comida la última semana*	60,2%	37,8%	57,3%
La última semana obtuvo la comida principalmente en los servicios*	83,7%	65,8%	81,4%
Ropa			
<i>Nunca</i> ha sido un problema conseguir ropa el último año *	66,3%	48,6%	64,0%
<i>Frecuentemente</i> fue un problema conseguir ropa el último año *	13,1%	29,7%	15,2%
Consiguió la ropa durante el último año en la calle o basura*	8,8%	24,3%	10,8%
Consiguió la ropa durante el último año comprándola*	46,8%	70,3%	49,8%

Aseo personal			
Acudió a asearse el último año a baños públicos**	34,1%	70,3%	38,8%
Acudió a asearse el último año a baños en albergues**	76,2%	19,4%	69,1%
Acudió a asearse la última semana a baños públicos**	17,7%	56,8%	22,7%
Acudió a asearse la última semana a baños en albergues**	80,3%	11,1%	71,6%
Acudió a asearse la última semana a fuentes*	2,0%	16,2%	3,8%
<i>Nunca</i> tuvo dificultades el último año para encontrar un lugar donde poder usar urinarios y/ o retretes *	69,6%	51,4%	67,2%
<i>Frecuentemente</i> tuvo dificultades el último año para encontrar un lugar donde poder usar urinarios y/ o retretes *	10,7%	27,0%	12,8%
La última semana le resultó <i>difícil</i> encontrar un lugar donde poder usar urinarios y/ o retretes *	8,7%	18,9%	10,0%
La última semana le resultó <i>muy fácil</i> encontrar un lugar donde poder usar urinarios y/ o retretes **	61,5%	40,5%	58,8%
Otros servicios			
Conoce la UMES (Unidad Móvil de Emergencias Sociales)**	15,9%	27,0%	17,3%
Utilizó durante el último año la UMES *	17,1%	50,0%	23,5%
Utilizó durante el último año servicios de información para PSH*	59,6%	28,6%	55,3%
Los informadores habituales sobre servicios son PSH**	39,8%	80,6%	45,0%
El informador habitual de servicios es el <i>personal de los recursos</i> **	27,0%	8,3%	24,6%
Actividades de ocio y tiempo libre			
<i>Nunca</i> practicó gimnasia durante el último año *	72,6%	62,2%	71,3%
<i>Alguna vez</i> practicó gimnasia durante el último año *	6,3%	18,9%	8,0%
<i>Nunca</i> fue a espectáculos deportivos durante el último año **	75,8%	58,3%	73,6%
<i>Alguna vez</i> fue a espectáculos deportivos durante el último año*	20,6%	36,1%	22,6%
Semanalmente ve la televisión <i>a diario</i> **	52,4%	16,7%	47,9%
Semanalmente ve la televisión <i>2 o 3 días a la semana</i> *	14,3%	41,7%	17,7%
Sufrió algún delito durante el último año *	30,2%	48,6%	32,5%
Quienes sufrieron algún delito el último año lo denunciaron*	39,0%	66,7%	44,2%
Disposición de documentación			
Tienen en regla el DNI o pasaporte **	86,5%	66,7%	84,0%
No poseen ningún seguro sanitario**	15,9%	34,2%	18,3%
Poseen sólo un seguro sanitario publico**	79,3%	57,9%	76,5%
Historia vital			
Edad media en la primera ocasión que estuvo sin hogar al menos una noche*	32,59 años	27,22 años	31,9 años
Número medio de cambios de pueblo o ciudad de residencia antes de encontrarse por primera vez en la situación de sin hogar**	2,04 cambios	5,42 cambios	2,47 cambios
Número medio de noches que les ha costado conciliar el sueño debido al frío durante los últimos siete días**	0,71 noches	1,67 noches	0,83 noches

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.66: Principales diferencias estadísticamente significativas entre usuarios y no usuarios de albergues

6.2.2.4. Relación “utilización de albergues”, “apoyo social”, “salud” y “nacionalidad”.

Tras constatar la existencia de características diferenciales entre usuarios y no usuarios de albergues, se llevó a cabo un intento orientado a construir un modelo predictivo que, mediante una función discriminante, permitiese pronosticar a partir de una serie de características previas la posibilidad de que un determinado sujeto utilizase o no albergues.

El procedimiento consistió en intentar generar -mediante el programa informático SPSS- una función discriminante basada en combinaciones lineales de las variables predictoras que proporcionasen una discriminación entre los grupos. Las funciones se intentaron generar a partir de los casos en que se conocía el grupo de pertenencia para, posteriormente, aplicar la función a nuevos casos que dispusiesen de medidas para las variables predictoras pero de los que se desconociera el grupo de pertenencia. Lamentablemente, el intento de construcción del modelo predictivo resultó infructuoso.

Afortunadamente sí pudo realizarse un análisis de homogeneidad orientado a describir las relaciones existentes entre la utilización de albergues, la salud, el apoyo social y la nacionalidad de las PSH. Para ello, mediante el programa informático SPSS se llevó a cabo un análisis de homogeneidad mediante mínimos cuadrados alternantes denominado HOMALS (*Homogeneity Analysis by Means of Alternating Least Squares*), análisis mediante el cual en un espacio creado de baja dimensionalidad los objetos de la misma categoría se representan unos cerca de otros, mientras que los objetos pertenecientes a categorías diferentes se representan muy separados. Cada objeto se sitúa lo más cerca posible de los puntos de las categorías que contienen dicho objeto.

Con el fin de realizar el análisis de homogeneidad, junto a las variables utilización de albergues y nacionalidad, se introdujeron una serie de variables dicotomizadas relativas al apoyo social y la salud -incluyendo el consumo excesivo de alcohol, heroína o cocaína-, con la expectativa de crear un espacio

en función de dos dimensiones: a) mayor – menor apoyo social y b) mejor – peor de salud general. Las variables dicotómicas introducidas y su relación con la variable “utilización de albergues” –también introducida en el análisis- se encuentran recogidas en la tabla 6.67:

Variables introducidas	Utilizan albergues (n=252)	No utilizan albergues (n=37)	Total (n=289)
Apoyo social			
Ver a la pareja, familiares o amigos (con hogar) al menos una vez a la semana	39,3%	37,8%	39,1%
La relación que existe con su pareja, familiares o amigos (con hogar) le satisface bastante o mucho*	57,1%	78,4%	59,9%
Le presta ayuda con los problemas serios la pareja, familiares o amigos (con hogar) al menos la mayoría de las veces**	53,6%	77,8%	56,6%
A menudo (al menos una vez a la semana) suele quedar para hablar o tomar algo con PSH **	74,9%	100,0%	78,0%
Salud general			
Puntuación superior a cinco en la escala 1 (Síntomas somáticos) del GHQ	9,2%	8,6%	9,2%
Puntuación superior a cinco en la escala 2 (Ansiedad / insomnio) del GHQ	13,2%	10,8%	12,9%
Puntuación superior a cinco en la escala 3 (Disfunción social) del GHQ	8,2%	1,1%	9,2%
Puntuación superior a cinco en la escala 4 (Depresión grave) del GHQ	11,8%	14,3%	12,1%
Consumo de sustancias psicoactivas.			
Consumieron cocaína o heroína en los últimos seis meses **	11,6%	32,4%	14,2%
Tuvieron problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol (puntuaciones en el CAGE 1 o superior) *	33,7%	54,1%	36,3%
Nacionalidad			
Españoles*	81,7%	67,6%	79,9%

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

Tabla 6.67: Variables introducidas en el análisis de homogeneidad y su relación con la utilización de albergues.

Tal como se recoge en la tabla 6.67., las variables relativas al apoyo social centran su objetivo, por un lado, en las relaciones de los sujetos con la pareja, familiares o amigos que disponen de hogar y, por otro, en sus relaciones con otras PSH. En el primer caso se incluyen los contactos semanales, la satisfacción percibida de la relación y el apoyo que reciben frente a los problemas serios -observándose diferencias estadísticamente significativas a favor de los no usuarios de albergues en los dos últimos aspectos-. En lo respectivo a la relación con otras PSH se indaga sobre la asiduidad de las relaciones amistosas -puestas de manifiesto por quedar a

“charlar” o “tomar algo”-, observándose en este sentido que los no usuarios de albergues mantienen de forma significativa mayores relaciones con otras PSH .

Como variables de la salud se emplean, por un lado, las puntuaciones de los sujetos en cada una de las cuatro escalas del GHQ (Goldberg y Williams, 1996) –síntomas somáticos, ansiedad / insomnio, disfunción social y depresión grave-, estableciéndose en cinco el punto de corte para considerar la existencia de problemas de salud. Por otro lado, se utilizan variables relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Así, en relación al consumo de heroína y/o cocaína se utiliza como criterio de salud no haber consumido estas sustancias en los últimos seis meses. Por su parte, en relación a los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol se utiliza como criterio de salud tener una puntuación “0” en el CAGE (Mayfield, McLeod y Hall, 1974). Tanto en lo referente al consumo de heroína y/o cocaína como al consumo excesivo de alcohol se observa que los no usuarios de albergues presentan, de forma estadísticamente significativa, ambos problemas en mayor proporción que los usuarios de estos dispositivos.

Finalmente se incluye la variable nacionalidad. El incremento en el número de extranjeros que acceden a nuestro país durante los últimos años y la constatación de que, de forma estadísticamente significativa, los usuarios de albergues son en mayor medida españoles que los no usuarios de estos dispositivos, impulsaron la introducción de esta variable en el análisis de homogeneidad.

La realización del análisis de homogeneidad corroboró la distribución de los objetos en función de dos dimensiones, tal como se desprende de la tabla 6.68. que recoge las medidas de discriminación:

Variable	Dim.1	Dim. 2
Relaciones al menos semanales con la pareja, familiares o amigos con hogar	0,030	0,368
Satisfacción de la relación con su pareja, familiares o amigos con hogar	0,134	0,520
Recibir ayuda de su pareja, familiares o amigos frente a problemas serios	0,024	0,587
Verse para hablar o tomar algo con PSH	0,030	0,056
Consumo de cocaína o heroína en los últimos seis meses	0,175	0,066
Problemas relaciones con el consumo excesivo de alcohol	0,043	0,054
Puntuación en la escala 1 (síntomas somáticos) del GHQ1	0,343	0,006
Puntuación en la escala 2 (ansiedad / insomnio) del GHQ2	0,368	0,047
Puntuación en la escala 3 (disfunción social) del GHQ3	0,343	0,032
Puntuación en la escala 4 (depresión grave) del GHQ4	0,370	0,030
Nacionalidad	0,000	0,075
Utilización del albergues	0,010	0,126

Tabla 6.68: Medidas de discriminación de los objetos en las dimensiones creadas mediante el análisis de homogeneidad.

Como se observa en la tabla 6.68., la dimensión 1 vendría explicada principalmente por las puntuaciones relativas a la salud -medida por las puntuaciones obtenidas en la cuatro escalas del GHQ- y, en menor medida, por el consumo de heroína o cocaína durante los seis meses anteriores a la realización de la entrevista. Por su parte, la dimensión 2 se definiría principalmente en función de las puntuaciones relativas al apoyo social percibido de la pareja, familiares o amigos con hogar –medido por las relaciones semanales con ellos, la satisfacción de esas relaciones o la percepción de ayuda frente a los problemas serios que obtienen-.

Así, un primer eje iría desde la carencia de problemas de salud general hasta la presencia de éstos -expresado por puntuaciones superiores o inferiores a cinco en las distintas escalas del GHQ y en el consumo de heroína y/o cocaína durante los seis meses anteriores a la realización de la entrevista-. Por su parte, un segundo eje iría desde la percepción de un elevado apoyo social hasta la percepción de carencia de este apoyo, expresado por los items relativos a tener relaciones semanales con pareja, familiares o amigos con hogar, estar satisfechos con estas relaciones y recibir ayuda de estos frente a los problemas serios.

La figura 6.1. recoge la distribución de los sujetos en el espacio bidimensional.

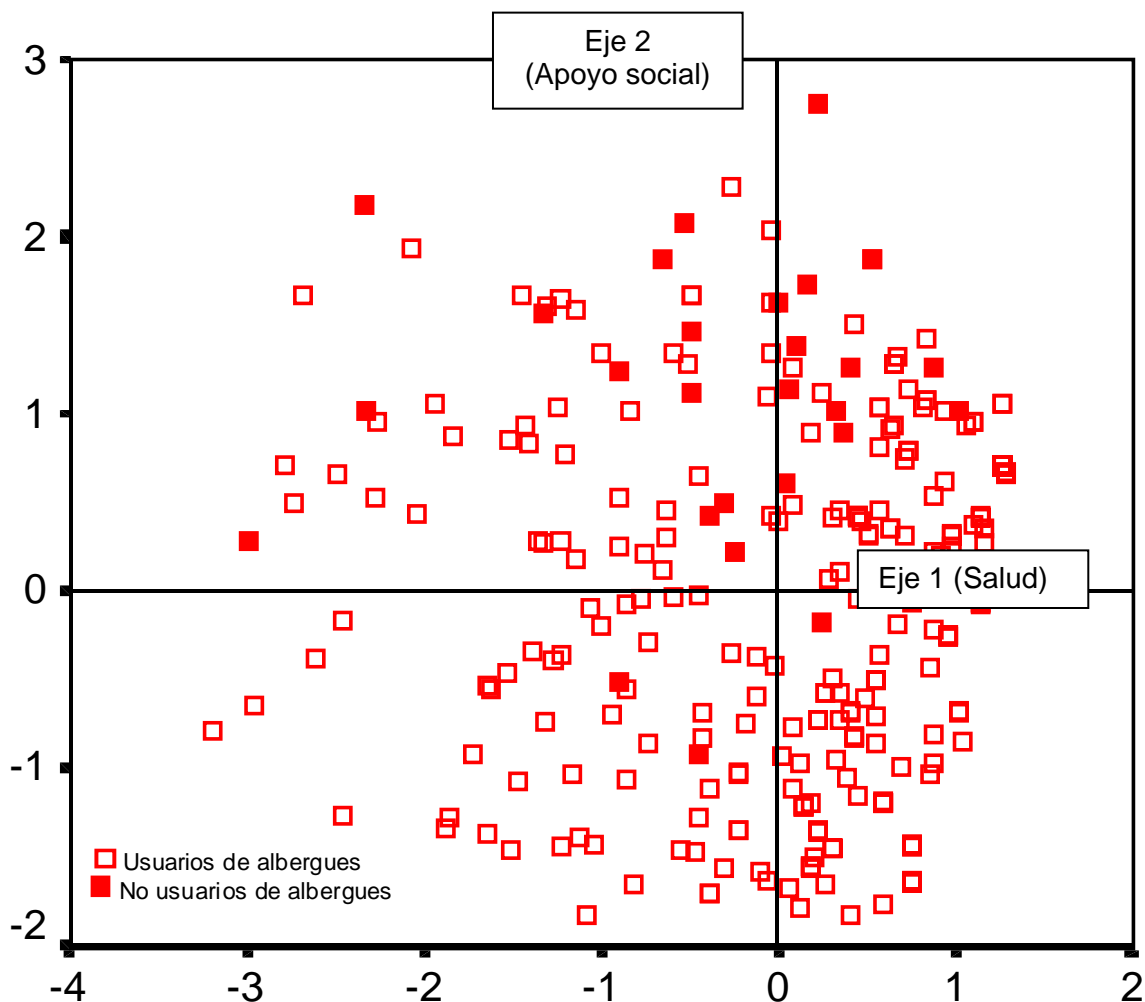


Figura 6.1: Distribución de los sujetos en el espacio bidimensional

Tal como se observa en la figura 6.1. existe una tendencia de los sujetos no usuarios de albergues a agruparse, indicativo de que presentan, al menos, aspectos de salud y apoyo social percibido idiosincrásicos. Por su parte, la figura 6.2. recoge las proyecciones de las categorías en el espacio bidimensional.

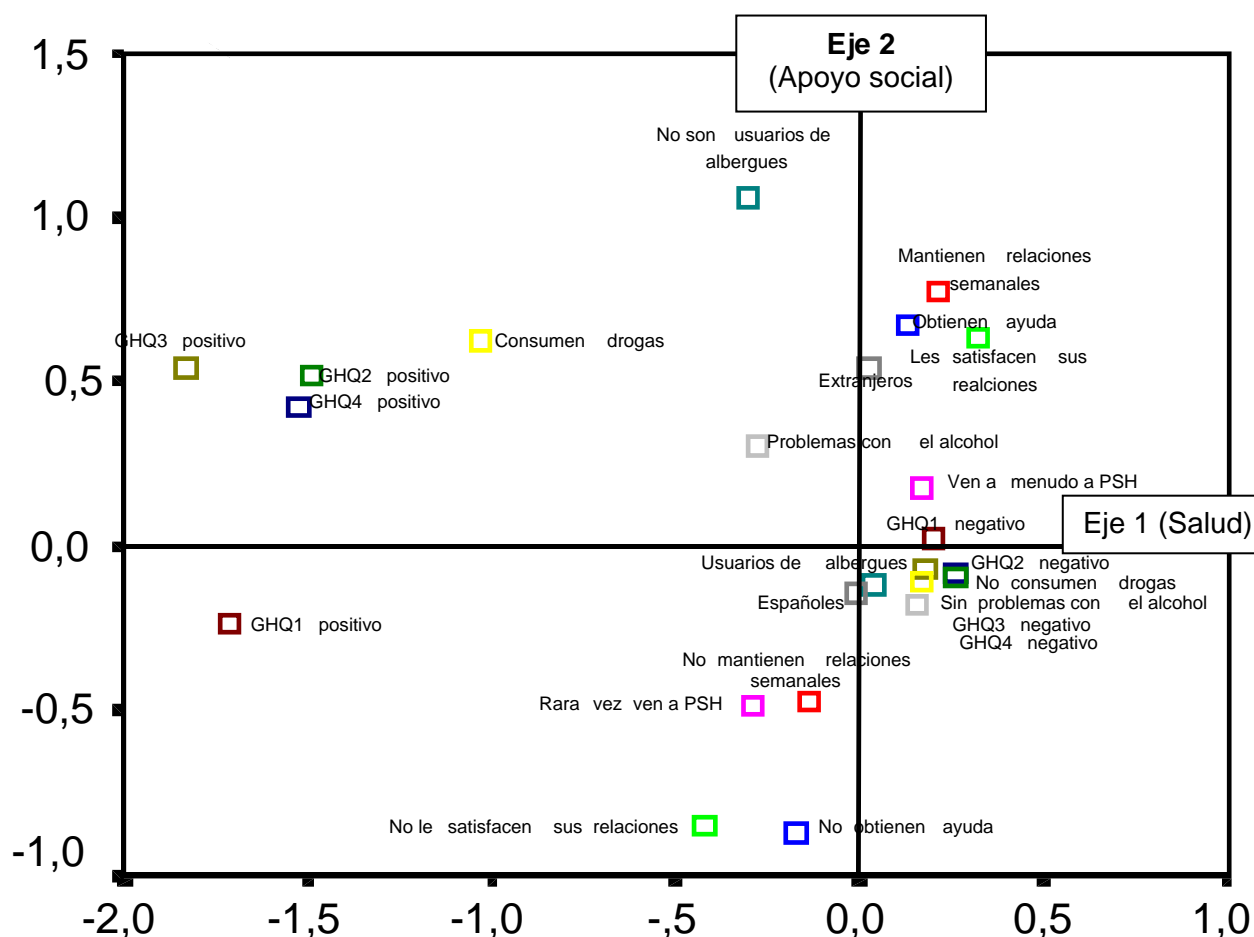


Figura 6.2: Proyecciones de las categorías en el espacio bidimensional.

- Por un lado se agruparían las puntuaciones elevadas en las escalas 2, 3 y 4 del GHQ -ansiedad / insomnio, disfunción social y depresión grave-.
- Otra agrupación incluiría las puntuaciones indicativas de una carencia de redes sociales: no mantener relaciones semanales con la pareja, familia u otros amigos con hogar; tener relaciones no satisfactorias con los anteriores; no obtener ayuda cuando la necesitan y; quedar rara vez para

- charlar o tomar algo con otras PSH.
- c) Una tercera agrupación correspondería a las puntuaciones indicativas de poseer redes sociales con colectivos normalizados -mantener relaciones semanales con la pareja, familia u otros amigos con hogar; tener con ellos relaciones satisfactorias y; obtener su ayuda cuando la necesitan-, agrupación que incluiría a los ciudadanos extranjeros.
 - d) Finalmente, la agrupación más amplia, que incluiría a los usuarios de albergues, agruparía junto a estos a los ciudadanos españoles, a quienes no consumieron heroína o cocaína en los seis meses anteriores a la realización de la entrevista, a los que no tienen problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol y a quienes puntúan bajo en las cuatro escalas del GHQ: síntomas somáticos, ansiedad / insomnio, disfunción social y depresión grave.

En posiciones distantes tanto de usuarios como de no usuarios de albergues -si bien más próximas a los segundos- se sitúan variables como consumo de heroína o cocaína en los seis meses anteriores a la realización de la entrevista, la agrupación de puntuaciones elevadas en las escalas 2, 3 y 4 del GHQ y la agrupación de puntuaciones indicativas de poseer redes sociales sólidas con colectivos normalizados, subgrupo en que se encuentran incluidos los ciudadanos extranjeros.

6.2.3. CONCLUSIONES.

Si bien de los datos reflejados en el presente apartado podría extraerse que no resulta especialmente complejo para las PSH encontrar un lugar donde pernoctar en Madrid, no debe olvidarse que aproximadamente un tercio (32,5%) de las PSH manifestaron haber encontrado problemas a este respecto durante el último año, y que al 22,9% les resultó difícil hacerlo durante la última semana. Pese a que pueden ser diversos los factores que inciden en que a una parte de las PSH les resulte difícil encontrar un lugar en que pernoctar, uno de los principales motivos viene derivado de la escasez de recursos durante el período invernal en la ciudad de Madrid, y ello pese a que durante los meses

más fríos se habilitan dispositivos especiales para facilitar la pernocta de este colectivo -albergue de Mayorales, estación de metro de Atocha...-.

Lógicamente, la mayor parte de la muestra pernocta en albergues, zonas públicas y edificios abandonados. Ahora bien, cuando se comparan los lugares utilizados durante el último año y la última semana, se observa un incremento en la utilización habitual de albergues, a diferencia de lo que ocurre con el resto de lugares sondeados, donde los porcentajes de utilización se mantienen o tienden a disminuir. Estos datos resultan lógicos si se considera que el trabajo se desarrolló durante la etapa invernal -donde se recurre en mayor medida a refugios para protegerse del frío- y que se entrevistó a personas que, a lo largo del año, pudieron haber pasado a formar parte del colectivo de PSH. En este sentido, las principales disminuciones en porcentajes observadas entre último año y última semana surgen entre quienes pernoctaron de forma habitual en “habitaciones de alquiler o pisos cedidos” y aquellos que lo hicieron en “pisos alquilados o de su propiedad”, observándose un trasvase de personas que pasaron de disponer de viviendas o “paraviviendas” a encontrarse en la situación de sin hogar.

Los porcentajes de PSH que durmieron en zonas públicas -parques, plazas, soportales, subterráneos, etc.- durante la última semana son muy similares a los de quienes lo hicieron a lo largo del último año. Mientras este porcentaje permanece estable, el número de quienes recurren a los albergues se incrementa notablemente al considerar la última semana: el 38,1% manifestó haber pernoctado de forma habitual a lo largo del último año albergues, frente al 67,7% que lo hicieron durante la última semana. Si bien conviene considerar la incidencia de eventuales sesgos de memoria, estos datos pueden estar indicando una tendencia a la búsqueda de refugio en albergues durante el período invernal de quienes utilizaron para pernoctar otros lugares durante el resto del año. Del mismo modo, este incremento puede verse apoyado en el recurso a los albergues por las personas recién llegadas a la situación de sin hogar durante la última semana. Otro dato que puede ayudar a interpretar la estabilidad en la utilización de zonas públicas para pernoctar

puede encontrarse en que el invierno de 1997 fue inusualmente poco frío, por lo que las PSH reticentes a utilizar albergues pudieron prescindir de estos servicios. En cualquier caso, la explicación más sencilla radica en la carencia en Madrid de plazas de albergues durante el invierno y la imposibilidad por la falta de recursos -económicos y/o sociales- para recurrir a lugares más adecuados -hostales baratos, viviendas de familiares o amigos...-, lo que forzó a muchas personas a permanecer en la calle.

En cualquier caso, los albergues han demostrado ser el principal recurso utilizado para el alojamiento por las PSH. En relación a ellos, los mayores grados de satisfacción manifestado por sus usuarios corresponden a la *“protección contra el frío o calor”* y a *“la atención recibida por parte del personal”* que ofrecen. Con puntuaciones algo inferiores aparecen el *“nivel de limpieza o aseo”* y la *“seguridad de que disfrutan”* en los dispositivos. Así, la adecuada temperatura y la limpieza existentes en los centros, junto con el buen trato y la seguridad que encuentran en ellos, pueden estar en la base de la gran utilización de estos dispositivos durante los períodos invernales.

Puntuaciones en torno al ítem *“ni satisfecho ni insatisfecho”* se observan en lo relativo a las *“facilidades de acceso y admisión”* de los albergues, la *“libertad”*, el *“ruido”* y *“cantidad de espacio”* que tienen allí o el *“resto de los usuarios”* con quienes comparten el servicio. Finalmente destaca la percepción negativa de los usuarios en relación a aspectos como el *“nivel de intimidad”* o el *“número”* de albergues en la ciudad de Madrid. De esta forma, la falta de intimidad, unida a la poca percepción de libertad y la escasa cantidad de espacio de los albergues pueden ser, junto a los problemas con el resto de los usuarios, los principales disuasores de muchas PSH para recurrir a estos dispositivos. Cuestión aparte es la gran insatisfacción sobre el número de albergues existentes en Madrid -indicativo de su escasez-, percepción corroborada por la saturación que se produce durante los períodos invernales.

Entre los no usuarios de albergues, más de la mitad manifestaron no utilizarlos simplemente por *“no querer”* o *“no gustarle el lugar”*, sin duda motivos

sumamente vagos. Estos motivos se trataron de operativizar mediante preguntas más concretas, observándose de esta forma cómo más de un tercio de los “no usuarios” prescinden de los albergues por “problemas con el resto de los usuarios”, “falta de intimidad”, percepción de “excesivo control” y/o por las “condiciones de acceso (criterios de exclusión)” que presentan estos dispositivos. La falta de intimidad, los problemas con los usuarios, las condiciones de acceso o la falta de libertad, aspectos sobre los que los “usuarios” no se sentían satisfechos, parece jugar entre los “no usuarios” el principal papel disuasor.

En menor medida -si bien señalados por más de la cuarta parte de los “no usuarios”- aparecen como motivos de no utilización de albergues cuestiones tales como los “problemas de horario” o el considerar que en estos dispositivos “no pueden ayudarle”. Por su parte, algo más del veinte por ciento manifiestan “no necesitar ayuda”, “no sentirse seguros” en los centros o encontrar “dificultades para acceder” a ellos por cuestiones derivadas de su ubicación, fruto en muchos casos de la distancia. Ya en menor medida, problemas derivados de las “condiciones higiénicas”, las “dificultades personales” o “el frío o calor existente en los albergues” resultan impedimentos para la utilización de estos dispositivos entre porcentajes relativamente reducidos de “no usuarios”. Finalmente, cabe señalar a este respecto que la existencia de “problemas con el personal” o el hecho de “no conocer ningún” albergue en la ciudad de Madrid parecen suponer impedimentos irrelevantes para la utilización de los albergues. Si bien la cantidad de albergues en Madrid resultaba insatisfactoria para sus “usuarios”, prácticamente todos los “no usuarios” de estos dispositivos conocen alguno en esta ciudad.

La existencia de diferencias entre “usuarios” (87,2% de la muestra) y “no usuarios” (12,7% de la muestra) de albergues puede estar indicando, por un lado, la presencia de factores que dificultan a los segundos recurrir a los albergues. Por otro lado, el propio hecho de recurrir a estos dispositivos puede ser la causa de aparición de diferencias entre ambos colectivos.

Entre los motivos que pudieran estar limitando el acceso de los “no usuarios” a los albergues, aparecen los de carácter sociodemográfico. El hecho de que las personas casadas recurran en menor medida a los albergues que quienes viven solos y sin hijos resulta un primer indicativo de que no se encuentran diseñados para la vida en familia, lo que haría procedente diseñar dispositivos donde las parejas, con o sin hijos, pudiesen encontrar lugares adecuados para pernoctar de forma habitual. Paralelamente, el hecho de sean los casados o los que tienen unas mayores redes sociales quienes en menor medida recurren a los albergues permite realizar un segundo análisis: las redes sociales pueden ser un factor importante a la hora recurrir a los albergues, de tal forma que quienes disponen de unas mayores redes utilizarían en menor medida los albergues. Preocupante resulta el hecho de que los extranjeros presenten más dificultades que los ciudadanos españoles para acceder a los beneficios que ofrecen dispositivos como los albergues. Si bien en este sentido resulta complejo hablar de racismo o xenofobia encubierta, probablemente se encuentre en la falta de información o en los problemas idiomáticos la génesis de estas diferencias. Se observa asimismo que las PSH cuyas madres “no saben leer” utilizan en mayor medida los albergues que los hijos de aquellas que “sí saben leer”. Resulta curiosa esta apreciación si se considera que no se observaron diferencias significativas en función de los estudios del padre, estudios que tradicionalmente se han considerado como indicadores del nivel sociocultural de la familia. Sin embargo, estos datos pueden hacer reflexionar sobre la verdadera relevancia de los estudios maternos y, en general, de los procesos de socialización y educación tempranos, con quizás más influencia de lo que se ha venido considerando hasta el momento.

En relación con el último empleo, quienes fueron despedidos de su último empleo utilizan en mayor medida albergues que los que finalizaron su contrato. Este dato podría indicar que aquellas personas con mayor conflictividad laboral acuden en mayor medida a los albergues.

Destaca el hecho de que los usuarios de albergues se encontraron por primera vez sin hogar 5,37 años más tarde que quienes no utilizan estos

recursos, cambiando de ciudad de residencia en menos ocasiones que estos últimos. Parece que quienes llegan más jóvenes a la situación de sin hogar son más reacios a utilizar albergues. Una explicación a ello podríamos encontrarla en el consumo de drogas, dado que los consumidores, que entran en esta dinámica relativamente jóvenes, no utilizan los albergues por la dificultad de obtener en ellos las sustancias que necesitan. En esta línea, se observa que el 19,4% de la muestra manifestó haber utilizado en alguna ocasión a lo largo de su vida heroína, porcentaje que ascendía al 25,3% cuando se hacía referencia a la cocaína y, quienes consumieron heroína o cocaína en los últimos seis meses resultaron en menor medida usuarios de albergues que quienes no probaron ninguna de estas sustancias. Ahora bien, no se apreciaron diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues en cuanto haber utilizado en alguna ocasión a lo largo de la vida cocaína, heroína, cannabis, sedantes u otras drogas, o haber utilizado durante los 6 meses anteriores cannabis o sedantes. Quienes consumen drogas blandas o aquellos que abandonaron el consumo de sustancias psicoactivas recurren a los albergues en similares proporciones que quienes nunca probaron estas sustancias.

Si bien la tasa de consumo de alcohol resulta muy elevada entre las PSH, lo “no usuarios” de albergues presentan en mayor medida problemas asociados a un excesivo consumo de esta sustancia. Las causas de estas diferencias podrían encontrarse en las limitaciones que imponen los albergues al consumo de alcohol o en el mayor deterioro personal que, a nivel general, padecen quienes pernoctan en las calles, deterioro que de alguna manera les aleja de estos dispositivos.

Por su parte, quienes no utilizan albergues manifiestan más problemas para conciliar el sueño debido al frío, padecen en mayor medida dolores de espalda o huesos y presentan más problemas de hepatitis o ictericia. Estos resultados parecen lógicos si se considera que, aparte de disfrutar de una mejor temperatura en albergues, en ellos se encuentran más protegidos de elementos que pueden favorecer la aparición de patologías -frío, humedad, mala alimentación...-, además de contar con un mayor control médico. En lo

referente a problemas de salud mental no se observan diferencias entre “usuarios” y “no usuarios” de albergues en cuanto a haber padecido a lo largo del último año trastornos de ansiedad, trastornos afectivos o alteraciones psicóticas.

Pese a haberse analizado una gran cantidad de sucesos estresantes, sólo se observaron diferencias significativas en lo referente a muy escasas cuestiones. Mientras los “usuarios” de albergues han perdido a sus padres en mayor medida, un mayor porcentaje de “no usuarios” se fugaron antes de los 18 años, sufrieron enfermedades, lesiones o accidentes graves y perdieron a su cónyuge o esposa. Tal vez la principal explicación a estas diferencias se encuentren en el consumo de drogas -especialmente heroína- y la potencia de las redes sociales. Así, quienes consumen heroína -que evitan utilizar los albergues- pudiera ser que fruto de su adicción abandonasen el hogar familiar a edad temprana e igualmente se viesan en mayor medida expuestos a accidentes, enfermedades o lesiones. Por su parte, la muerte de ambos progenitores –principal fuente de apoyo social-, puede haber dejado a quienes la padecieron en una situación tan crítica que les forzase a recurrir a los albergues en busca de refugio y alimento.

Profundizando en las consideraciones de las PSH acerca de sus redes sociales, se observa como los “no usuarios” de albergues tienden a ocupar posiciones más extremas en relación a la cantidad de tiempo que pasan en compañía de otras personas: o bien se consideran “nada satisfechos” o bien “muy satisfechos” al respecto. Ello puede ser debido a la existencia entre los “no usuarios” de dos posibles subgrupos con muy diferentes capacidades en sus habilidades sociales. Igualmente, son los “no usuarios” de albergues quienes manifiestan encontrarse más satisfechos de su relación tanto con familiares como con amigos u otras PSH. ¿Satisfacción real, distorsión cognitiva positiva o deseabilidad social?. Cuesta pensar que de forma generalizada un grupo de personas con carencias tan acuciantes –tanto materiales como afectivas- realmente dispongan de unas redes sociales tan satisfactorias, máxime considerando los problemas asociados que presentan:

consumo de heroína, consumo excesivo de alcohol, problemas de salud mental o desarraigo por su condición de inmigrantes. Tal vez, una parte de las PSH que no utilizan los albergues perciban sus redes sociales como potentes debido a una distorsión cognitiva positiva en esta dirección o, tal vez, la deseabilidad social frente a los entrevistadores hiciera que apareciesen respuestas consistentes en esta dirección. Además, son también los “no usuarios” quienes perciben en mayor medida una preocupación hacia ellos por parte de su familia, considerando que les prestan gran ayuda frente a los problemas serios. Esta cuestión tiene otras posibles explicaciones: dado que quienes no utilizan los albergues se encuentran expuestos -de forma real- a una mayor cantidad de peligros y dificultades -siendo además en buena parte toxicómanos- esto puede resultar motivo de gran preocupación para los familiares cuando mantienen un cierto contacto con ellos. También los “no usuarios” manifiestan compartir con sus amigos actividades y diversiones en mayor medida que los “usuarios”.

En lo relativo a aspectos tales como la obtención de alimento o ropa, las dificultades para llevar cabo el aseo personal o la utilización de urinarios o retretes, las diferencias observadas entre “usuarios” y “no usuarios” surgen como consecuencia directa del hecho de utilizar los albergues. De hecho, los “usuarios” apenas manifiestan problemas para conseguir comida o ropa, dado que cubren estas necesidades de forma principal a través de los albergues. De la misma forma, son los “usuarios” quienes indican menos dificultades para realizar su aseo personal o utilizar urinarios o retretes, dado que de igual manera utilizan principalmente las instalaciones de los albergues. Por contra, los “no usuarios” se ven obligados a recurrir en un mayor porcentaje a los baños o urinarios públicos, con las dificultades que ello conlleva, debiendo en ocasiones realizar su aseo personal en fuentes a la intemperie.

A nivel general, los “usuarios” de albergues se encuentran mejor alimentados, presentan mejores niveles higiénicos y utilizan ropa en mejores condiciones, aspectos estos que redundan directamente tanto en su salud como en su autoestima. Parece que, al menos en relación a estas cuestiones

básicas, los albergues para PSH cumplen un papel de importancia para sus “usuarios”.

Por su parte, el que los “usuarios” de albergues hayan utilizado en mayor medida determinados servicios de información específicos para PSH -CEDIA o SITADE...- puede interpretarse como consecuencia de su integración en la red de recursos, dado que al insertarse en ella suelen adquirir conocimiento sobre la existencia de estos servicios. Sin embargo, estos datos ponen de manifiesto la necesidad de divulgar los servicios de información entre los potenciales usuarios de recursos no insertos en la red, quienes en muchas de las ocasiones son los más necesitados al encontrarse en una situación de mayor precariedad. Este círculo vicioso se ejemplifica una vez más en el hecho de que los “usuarios” de albergues son principalmente informados sobre los diferentes servicios por el “personal que trabaja en los recursos” en tanto que los “no usuarios” tienen su principal fuente de información en “personas en su misma situación”. En esta línea, resulta lógico que los “usuarios” conozcan en menor medida la UMES, dado que este servicio se orienta, principalmente, hacia las personas que se encuentran en la calle, recorriendo éstas en busca de potenciales usuarios.

Sin embargo, si bien la información sobre los servicios específicos para las PSH llega en menor medida a los “no usuarios” de albergues, no parece ocurrir lo mismo con la información sobre los servicios de carácter general -servicios sociales generales, centros de salud, centros de salud mental, servicios de urgencia...- dado que no se observan diferencias ni en lo referente a su conocimiento ni en lo referente a su utilización entre “usuarios” y “no usuarios” de albergues.

Otra consecuencia de la utilización de albergues puede encontrarse en que los “usuarios” padezcan una menor cantidad de robos o agresiones, indicativo de que los albergues son lugares seguros que las calles. Además, los problemas padecidos en los albergues parecen tener una menor trascendencia si se considera que, entre quienes han padecido robos o agresiones, son los

“no usuarios” quienes más denuncias realizan.

También como una consecuencia de la utilización de albergues pueden entenderse las diferencias a favor de los usuarios en cuanto a ver más habitualmente la televisión, dado que la mayoría de los albergues disponen de estos electrodomésticos y en muchas ocasiones las posibilidades de llenar el tiempo en estos lugares se encuentran limitadas. Asimismo, los “usuarios” de los albergues tienen en un mayor porcentaje su documentación en regla, disponiendo también en mayor medida de seguros sanitarios. Estos aspectos igualmente pueden entenderse como consecuencias de la utilización de albergues, pues en estos dispositivos suelen contar con trabajadores sociales - o al menos se dispone de facilidad para contactar con los servicios sociales generales-, lo que facilita a sus usuarios mantener la documentación en regla.

El análisis de homogeneidad realizado reafirma aspectos anteriormente señalados. De él se desprende que los “usuarios” de albergues, en mayor medida españoles, no consumieron drogas durante los seis meses anteriores a la entrevista, presentan menos problemas derivados de un excesivo consumo de alcohol y tienen menos problemas relacionados con la salud. Por contra, parecen disponer de unas más escasas redes sociales, tanto en relación con colectivos “normalizados” -familiares, pareja o amigos con hogar- como con otras personas en su misma situación.

Sin embargo, en el análisis de homogeneidad los “no usuarios” de albergues no ocupan posiciones claramente próximas a otras variables. Ahora bien, pese a que la asociación no resulta tan sólida como en el caso anterior, este colectivo parece incluir un mayor porcentaje de extranjeros y manifiesta disponer de unas redes sociales más sólidas con sus familiares, pareja o amigos con hogar. Sin embargo, se encuentran más vinculados al consumo de heroína o cocaína y parecen tener más problemas relacionados con su estado de salud.

6.3. LA ALIMENTACIÓN Y LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LAS PSH: LOS COMEDORES SOCIALES.

Junto a los albergues, uno de los dispositivos de asistencia más idiosincrásicos orientados hacia las PSH son los comedores sociales. Si cualquier persona carente de recursos difícilmente puede vivir sin disponer de un lugar donde pernoctar, sin duda, resulta más complejo subsistir sin consumir alimentos. Por ello, la búsqueda de comida en ocasiones se convierte en una de las principales actividades cotidianas de quienes nada tienen y precisan alimentarse de forma diaria.

6.3.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA OBTENCIÓN DE COMIDA POR LAS PSH.

El presente apartado pretende llevar a cabo un análisis de las estrategias utilizadas por las PSH en la ciudad de Madrid para obtener alimento de forma habitual. Para ello se centra la atención en los problemas de este colectivo para conseguir de forma diaria comida suficiente y los lugares habituales de obtención de los alimentos. De igual forma que sucedió al estudiar la cuestión del alojamiento, para profundizar en los diferentes aspectos en primera instancia se estableció como referente temporal el año anterior a la realización de la entrevista, centrándose a posteriori la atención en la última semana.

Ya se señaló cómo, la selección de un año como criterio temporal de referencia, incitaba la obtención de respuestas subjetivas, aproximativas, poco precisas. Este hecho se pone de manifiesto en la estrategia utilizada para codificar las respuestas, las cuales se distribuían en función de cuatro posibles adscripciones: *nunca*, *casi nunca*, *frecuentemente* o *muy frecuentemente*. Pese a que, mediante este procedimiento, se inducen estimaciones subjetivas, el procedimiento es interesante al permitir la obtención de opiniones relevantes de carácter general que, posteriormente, tratarán de objetivarse tomando como referencia temporal la semana anterior a la realización de la entrevista.

6.3.1.1. La obtención de comida a lo largo del último año.

La primera cuestión analizada en relación a la alimentación hace referencia a las dificultades encontradas por las PSH de Madrid para conseguir comida de forma diaria durante los doce meses anteriores a la realización de la entrevista. Los datos obtenidos al respecto se reflejan en la tabla 6.69:

Frecuencia	Varones (n=254)	Mujeres (n=35)	Total (n=289)
Nunca	62,6%	45,7%	60,6%
Casi nunca	15,0%	28,6%	16,6%
Frecuentemente	13,8%	20,0%	14,5%
Muy frecuentemente	8,3%	5,7%	8,0%
Ns/nc	0,4%	---	0,3%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.69: Frecuencia con que las PSH en Madrid tuvieron dificultades para conseguir comida de forma diaria a lo largo de los últimos doce meses.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa en la tabla 6.69. cómo resulta relativamente complicado para las PSH en Madrid conseguir comida de forma diaria. Así, aunque el 77,2% de estas personas manifiesta que “nunca” o “casi nunca” han tenido problemas para conseguir comida de forma diaria a lo largo del último año, casi una cuarta parte (22,5%) de la muestra señala haber tenido problemas “frecuentemente” o “muy frecuentemente” a este respecto.

Pese a la aparente existencia de un importante número de dispositivos enfocados a facilitar alimentos a quienes menos recursos tienen -entre los que destacan los comedores sociales-, un 8% de los entrevistados encontró problemas “Muy frecuentes” para poder alimentarse diariamente. Este aspecto resulta muy preocupante si se tiene en consideración la importancia capital de la comida para la subsistencia del ser humano y las consecuencias en la salud que pueden derivarse del mantenimiento de una dieta inadecuada durante periodos prolongados de tiempo.

Constatada la frecuencia con que se aprecian dificultades para obtener de forma diaria comida, el paso siguiente se centra en profundizar en las

estrategias más habitualmente empleadas a lo largo del año para conseguirla. Preguntados los usuarios sobre esta cuestión, las respuestas obtenidas se encuentran reflejadas en la tabla 6.70:

Lugar	Varones (n=254)	Mujeres (n=35)	Total (n=289)
En albergues o comedores públicos	59,8%	48,6%	58,5%
Ellos, o alguien con quien convivían, la compraba	29,9%	40,0%	31,1%
Se la dieron sus amigos, familiares u otras personas	6,7%	8,6%	6,9%
La encontró en la calle o cubos de basura	0,4%	---	0,3%
En cualquier otro sitio	2,8%	2,9%	2,8%
Ns/nc	0,4%	---	0,3%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.70: Lugar habitual donde las PSH de Madrid obtuvieron la comida a lo largo del último año.

Sin diferencias significativas en función del género, de la tabla 6.70. se desprende que la gran mayoría de las PSH habitualmente obtienen sus alimentos en albergues o comedores sociales. Sin embargo, el 31,1% manifiesta que ellos mismos, o alguien con quien vivían, compraban la comida necesaria, lo que denota que o bien habitualmente durante el último años dispusieron de los recursos económicos para ello o bien de forma habitual se encontraron sometidos a una dieta precaria.

En cierta medida consuela saber que un único entrevistado recurría a los cubos de basura para conseguir la comida de forma habitual, lo que permite pensar que, pese a la difícil situación en que se encuentran las PSH, resulta factible para ellos conseguir comida diariamente.

6.3.1.2. La obtención de comida durante la última semana.

Los datos observados en el apartado anterior hacían referencia al último año, lo que proporcionaba una primera valoración sobre las dificultades para encontrar comida. A continuación se exponen datos relativos a la semana anterior a la entrevista, lo que en principio debería facilitar estimaciones más objetivas, donde las percepciones personales o el recuerdo selectivo jueguen un papel menos importante.

El sistema utilizado para indagar acerca de hasta qué punto resultó difícil para las PSH conseguir comida de forma diaria la semana anterior a la entrevista fue la codificación de las posibles respuestas en función de cuatro posibles adscripciones: *Muy difícil*, *Difícil*, *Fácil* o *Muy fácil*. Los resultados obtenidos aparecen recogidos en la tabla 6.71:

Nivel de dificultad	Varones (n=253)	Mujeres (n=35)	Total (n=288)
Muy difícil	6,7%	5,7%	6,6%
Difícil	8,3%	8,6%	8,3%
Fácil	26,1%	22,9%	25,7%
Muy fácil	56,9%	57,1%	56,9%
Ns/nc	2,0%	5,7%	2,4%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.71: Frecuencia con que las PSH en Madrid tuvieron dificultades para conseguir comida de forma diaria a lo largo de la última semana.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa en la tabla 6.71. que la gran mayoría de los entrevistados (82,5%) encontraron “fácil” o “muy fácil” conseguir comida de forma diaria la semana anterior a ser entrevistados. Sin embargo, resulta preocupante la persistencia de un grupo de entrevistados (14,9%) que encontraron “difícil” o “muy difícil” la obtención de alimentos.

Tras conocer el nivel de dificultad para conseguir alimentos la última semana, se profundizó en las estrategias más habitualmente empleadas para ello. Preguntados a este respecto, se obtuvieron respuestas recogidas en la tabla 6.72:

Estrategia habitual de obtención de comida durante la última semana	Varones (n=253)	Mujeres (n=35)	Total (n=288)
La consigue en albergues o comedores sociales	81,8%	82,9%	81,9%
Ellos o alguien con quien convivían la compraba	8,3%	8,6%	8,3%
Se la dieron sus amigos, familiares u otras personas	4,3%	5,7%	4,5%
La encontró en la calle o cubos de basura	1,2%	---	1,0%
La obtuvo en cualquier otro sitio	1,6%	2,9%	1,7%
Ns/nc	2,8%	---	2,4%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.72: Estrategia habitual de obtención de comida de las PSH en Madrid durante la última semana.

Sin diferencias significativas en función del género, de nuevo se observa

en la tabla 6.72. que son los albergues o comedores sociales los lugares más utilizados por las PSH para conseguir alimentos, observándose que tan sólo el 8,3% compraron la comida que consumieron a lo largo de la última semana.

Ahora bien, en relación al último año, resulta lamentable el incremento en el porcentaje de personas que durante la última semana recurrieron a la calle o los cubos de basura para poder alimentarse (0,3% en el último año y 1,7% durante la última semana). Si bien no debe descartarse la posibilidad de que las diferencias puedan derivarse de un sesgo de memoria, este aspecto puede también resultar indicativo de un deterioro en las posibilidades de obtención de alimentos de algunas personas, si bien resulta difícil determinar la causa de este deterioro, máxime conociendo el número y las características de los comedores sociales en la ciudad de Madrid.

6.3.2. LOS COMEDORES SOCIALES.

Resulta poco habitual apoyarse de forma prioritaria en la opinión de las PSH a la hora de realizar una valoración de los comedores sociales. A lo largo del presente apartado se pretende profundizar en la opinión que estos dispositivos en la ciudad de Madrid merecen a las PSH, centrando la atención tanto sobre aspectos referentes al funcionamiento y características del servicio como sobre los motivos esgrimidos por los no usuarios de comedores sociales para declinar su utilización.

6.3.2.1. Estado de los comedores sociales y satisfacción de los usuarios.

En el presente trabajo son considerados “usuarios” de comedores sociales todas aquellas personas que, durante los doce meses anteriores a la realización de la entrevista, utilizaron al menos en una ocasión estos servicios o los comedores de los albergues para PSH. Por su parte, se consideró “no usuarios” a quienes, a lo largo de idéntico período de tiempo, no hicieron uso de ninguno de estos dispositivos. Del total de PSH entrevistadas, fueron adscritos a la categoría de “usuarios” el 95,5% de la muestra -96,4% de los

varones y 88,6% de las mujeres-, frente a un 4,5% -3,6% de los varones y 11,4% de las mujeres- que engrosaron la categoría “no usuarios”.

De igual forma que se hizo en el caso de los albergues, se solicitó a los “usuarios” de comedores sociales la opinión que les merecía diferentes aspectos de estos dispositivos, mientras que, entre los “no usuarios”, se indagaron los motivos que les impulsaron a prescindir de ellos. Para facilitar las respuestas a los entrevistados y su posterior codificación, a los “usuarios” se les presentó una tarjeta (ver anexo 5) sobre la que debían señalar la respuesta que en mayor medida reflejara su opinión sobre la cuestión consultada. Las respuestas se distribuyeron de 1 a 7, en función de la siguiente escala:

1. Enormemente insatisfecho.
2. Muy insatisfecho
3. Bastante insatisfecho
4. Ni satisfecho ni insatisfecho
5. Bastante satisfecho
6. Muy satisfecho
7. Enormemente satisfecho.

Conviene constatar que, una vez realizados los oportunos análisis, en ningún momento se observó la existencia de diferencias significativas entre varones y mujeres en lo referente a las cuestiones consultadas.

Al igual que sucedió en el caso de los albergues, de cara a la organización de los resultados sobre los comedores sociales se dedica un subapartado a cada uno de los aspectos motivo de abordaje. En cada uno de los subapartados se reflejará, en primer lugar, la pregunta formulada para la obtención de la información, seguida de una tabla que recoge los porcentajes de respuesta. Posteriormente se realizará una agrupación de los porcentajes indicativos de satisfacción (“Enormemente satisfecho”, “Muy satisfecho” y “Bastante satisfecho”) comparándose con los porcentajes indicativos de insatisfacción (“Enormemente insatisfecho”, “Muy insatisfecho” y “Bastante insatisfecho”). Para finalizar, en cada subapartado se recogerán las puntuaciones medias obtenidas en relación a la satisfacción.

6.3.2.1.1. La cantidad de comida obtenida en los comedores sociales.

Con el fin de evaluar la opinión de los “usuarios” sobre la cantidad de comida que pueden obtener en los comedores sociales, se les planteó la siguiente cuestión:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿Cómo se ha sentido acerca de...

de la cantidad de comida que obtuvo?

Las respuestas recogidas aparecen reflejadas en la tabla 6.73:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n = 273)
Enormemente insatisfecho	5,5%
Muy insatisfecho	2,6%
Bastante insatisfecho	9,9%
Ni satisfecho ni insatisfecho	15,8%
Bastante satisfecho	32,6%
Muy satisfecho	17,2%
Enormemente satisfecho	16,5%

Tabla 6.73: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la cantidad de comida obtenida en los comedores sociales.

De los datos de en la tabla 6.73. se desprende que dos tercios de los usuarios (66,3%) manifestaron sentirse satisfechos de la cantidad de comida obtenida en los comedores. Sin embargo, esta valoración positiva contrasta con la opinión de un 5,5% que se declaran “*Enormemente insatisfechos*” sobre la cantidad de comida obtenida, porcentaje inserto dentro del 18% de la muestra que manifiesta algún tipo de insatisfacción.

La puntuación total media obtenida a este respecto se sitúa en 4,85, cercana al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, aspecto que puede interpretarse como indicativo de una valoración relativamente positiva sobre la cantidad de comida que se obtiene en los comedores sociales.

6.3.2.1.2. Las condiciones generales de los comedores sociales.

Con el fin de evaluar la opinión de los usuarios sobre las condiciones generales de los comedores sociales, se les planteó la siguiente cuestión:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿Cómo se ha sentido acerca de...

las condiciones generales de ese lugar?

Las respuestas obtenidas a este respecto aparecen reflejadas en la tabla 6.74:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n = 273)
Enormemente insatisfecho	5,1%
Muy insatisfecho	4,0%
Bastante insatisfecho	5,9%
Ni satisfecho ni insatisfecho	17,9%
Bastante satisfecho	27,8%
Muy satisfecho	25,3%
Enormemente satisfecho	13,9%

Tabla 6.74: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las condiciones generales de los comedores sociales.

De los datos recogidos se desprende que el 67% de los usuarios manifestaron sentirse satisfechos sobre las condiciones generales del lugar. Sin embargo, esta valoración positiva contrasta con la opinión de un 5,1% que se declaran “*Enormemente insatisfechos*” sobre las condiciones generales de los comedores, porcentaje inserto dentro del 15% de la muestra que señala algún tipo de insatisfacción al respecto.

La puntuación media obtenida acerca de las condiciones generales de los comedores se sitúa en 4,92, puntuación muy cercana al ítem 5 “*Bastante satisfecho*”, lo que puede interpretarse como indicativo de una valoración relativamente positiva.

6.3.2.1.3. El acceso y la admisión a los comedores sociales.

Con la finalidad de recoger la opinión de los usuarios de comedores sociales acerca de las facilidades de acceso y admisión presentes en estos dispositivos, se les planteó la siguiente cuestión:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución
¿Cómo se ha sentido acerca de...
de las facilidades de acceso, admisión?

Los datos obtenidos al respecto se encuentran reflejados en la tabla 6.75:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=268)
Enormemente insatisfecho	5,2%
Muy insatisfecho	6,3%
Bastante insatisfecho	7,8%
Ni satisfecho ni insatisfecho	20,5%
Bastante satisfecho	31,3%
Muy satisfecho	16,4%
Enormemente satisfecho	12,3%

Tabla 6.75: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las facilidades de acceso y admisión a los comedores sociales.

Los resultados obtenidos permiten observar cómo un elevado porcentaje (60%) de los usuarios tienden a situarse entre los ítems “*Bastante satisfecho*” y “*Enormemente satisfecho*”. Frente a estos, el 19,3% manifiesta insatisfacción al respecto, destacando de entre ellos un 5,2% de la muestra que indicaron una enorme insatisfacción.

La puntuación media sobre las facilidades de acceso o admisión que presentan los comedores sociales se sitúa en 4,66, puntuación ubicada entre los ítems 4 (“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”) y 5 (“*Bastante satisfecho*”), indicativo de una valoración relativamente positiva.

6.3.2.1.4. Sobre los usuarios de los comedores sociales.

Para conocer la opinión de los entrevistados acerca de los usuarios de comedores sociales con quienes necesariamente se ven empujados a compartir mesa, se les planteó la siguiente cuestión:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución
¿Cómo se ha sentido acerca de...

el resto de los usuarios?.

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.76:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=269)
Enormemente insatisfecho	8,9%
Muy insatisfecho	8,2%
Bastante insatisfecho	13,4%
Ni satisfecho ni insatisfecho	33,1%
Bastante satisfecho	21,2%
Muy satisfecho	12,3%
Enormemente satisfecho	3,0%

Tabla 6.76: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el resto de usuarios de los comedores sociales.

Se aprecia en la tabla 6.76. que, en relación a los usuarios de los comedores sociales, manifiestan sentirse “insatisfechos” el 30,5% de las PSH, frente a un 36,5% que se manifiestan satisfechos. Como dato destacable, sin embargo, cabe señalar que un 8,9% de los entrevistados se mostró “*Enormemente insatisfechos*” con respecto al conjunto de los usuarios de comedores sociales.

La puntuación media obtenida de los usuarios entrevistados en lo relativo a esta cuestión se sitúa en 3,98, puntuación por debajo del ítem 4 “*Ni satisfecho ni insatisfecho*”, indicativo de una valoración ligeramente negativa.

6.3.2.1.5. Intimidad en los comedores sociales.

La opinión de los usuarios de comedores sociales en relación a la satisfacción sobre el nivel de intimidad que permiten estos dispositivos se recogió mediante la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución
¿Cómo se ha sentido acerca de...
la intimidad que tiene allí?

Los datos obtenidos sobre la satisfacción de los entrevistados a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.77:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n = 268)
Enormemente insatisfecho	15,3%
Muy insatisfecho	7,5%
Bastante insatisfecho	11,6%
Ni satisfecho ni insatisfecho	20,9%
Bastante satisfecho	24,3%
Muy satisfecho	13,4%
Enormemente satisfecho	7,1%

Tabla 6.77: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la intimidad de que disponen en los comedores sociales.

A este respecto, frente a un 44,8% de usuarios satisfechos se opone un 34,4% que se manifiestan insatisfechos. Especialmente destacable resulta la existencia de un 15,3% de usuarios *“Enormemente insatisfechos”*.

La puntuación media obtenida sobre la intimidad que permiten los comedores sociales se sitúa en 4,00, puntuación correspondiente al ítem *“Ni satisfecho ni insatisfecho”*, lo que refleja una valoración neutra sobre el tema.

6.3.2.1.6. Cantidad de espacio disponible en los comedores sociales.

Con la intención de profundizar en la opinión de los usuarios sobre la cantidad de espacio de que pueden disponer en los comedores, se les realizó la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿Cómo se ha sentido acerca de...

de la cantidad de espacio que tiene allí?.

Los datos obtenidos se reflejan en la tabla 6.78:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=269)
Enormemente insatisfecho	6,7%
Muy insatisfecho	6,7%
Bastante insatisfecho	13,0%
Ni satisfecho ni insatisfecho	19,7%
Bastante satisfecho	29,4%
Muy satisfecho	15,6%
Enormemente satisfecho	8,9%

Tabla 6.78: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la cantidad de espacio de que disponen en los comedores sociales.

En la tabla 6.78. puede apreciarse cómo manifiestan sentirse “*satisfechos*” en torno a la mitad (53,9%) de los usuarios, frente a una cuarta parte (26,4%) de “*insatisfechos*”. Sin embargo, el 19,7% del total se manifiestan de forma indiferente. Como dato destacable se observa que un 6,7% de los entrevistados se mostró “*Enormemente insatisfechos*” en relación a la cantidad de espacio de que se dispone en los comedores.

La puntuación media obtenida al respecto se sitúa en 4,41, puntuación situada entre los items 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”- y 5 -“*Bastante satisfecho*”-, indicativo de una valoración relativamente positiva.

6.3.2.1.7. Libertad en los comedores sociales.

La opinión de los usuarios sobre de nivel de libertad de que pueden disfrutar en los comedores de la ciudad de Madrid, se recogió mediante la siguiente cuestión:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución
¿Cómo se ha sentido acerca de...

la libertad que tiene allí?

Los porcentajes obtenidos se reflejan en la tabla 6.79:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=274)
Enormemente insatisfecho	8,4%
Muy insatisfecho	4,7%
Bastante insatisfecho	12,0%
Ni satisfecho ni insatisfecho	20,4%
Bastante satisfecho	26,6%
Muy satisfecho	17,2%
Enormemente satisfecho	10,6%

Tabla 6.79: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la libertad de que disfrutaban en los comedores sociales.

En la tabla 6.79. se observa cómo el 54,4% de los usuarios se sienten satisfechos con la libertad de que disfrutaban en los comedores, frente al 25,1% que manifiesta insatisfacción a este respecto. Sin embargo, aparece en la muestra un 8,4% de usuarios que manifiestan una enorme insatisfacción.

La puntuación media obtenida por el total de entrevistados con respecto a la libertad de que disfrutaban en los comedores se sitúa en 4,48, ubicándose entre los items 4 -“Ni satisfecho ni insatisfecho”- y 5 -“Bastante satisfecho”-, lo que parece indicar una valoración relativamente positiva sobre el tema.

6.3.2.1.8. Nivel de limpieza y aseo en los comedores sociales.

La opinión de los entrevistados sobre el nivel de limpieza o aseo que presentan los comedores sociales se sondeó mediante de la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿Cómo se ha sentido acerca de...

la limpieza y aseo que hay allí?

Los datos obtenidos mediante la pregunta aparecen reflejados en la tabla 6.80:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=271)
Enormemente insatisfecho	3,3%
Muy insatisfecho	1,8%
Bastante insatisfecho	5,5%
Ni satisfecho ni insatisfecho	12,5%
Bastante satisfecho	27,7%
Muy satisfecho	32,5%
Enormemente satisfecho	16,6%

Tabla 6.80: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la limpieza y aseo en los comedores sociales.

Como puede apreciarse en la tabla 6.80., los comedores sociales de Madrid parecen tener un nivel de limpieza que satisface a la gran mayoría de usuarios. En este sentido se observa que el 76,8% manifiestan satisfacción a este respecto, frente a un 10,6% que se sienten insatisfechos. Sin embargo, y pese a la satisfacción general detectada, se observa que un 3,3% de los usuarios continúa considerándose *“Enormemente insatisfechos”*.

La puntuación media obtenida sobre el nivel de limpieza y aseo presentes en los comedores se sitúa en 5,23, puntuación superior al ítem 5 - *“Bastante satisfecho”*-, indicativo de una valoración bastante positiva por parte de los usuarios a este respecto.

6.3.2.1.9. Nivel de ruido en los comedores sociales.

La opinión de las PSH en relación al nivel de ruido existente en los comedores sociales se sondeó mediante la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución
¿Cómo se ha sentido acerca de...

el ruido que hay allí?

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.81:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=273)
Enormemente insatisfecho	8,8%
Muy insatisfecho	5,1%
Bastante insatisfecho	10,3%
Ni satisfecho ni insatisfecho	30,0%
Bastante satisfecho	21,2%
Muy satisfecho	15,8%
Enormemente satisfecho	8,8%

Tabla 6.81: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el ruido en los comedores sociales.

En la tabla 6.81. se observa cómo el 45,8% de la muestra se manifiesta satisfecha a este respecto, frente a quienes se sitúan el 24,2% de usuarios manifiestamente insatisfechos. Pese a la tendencia hacia la indiferencia presentada por el 30% de los sujetos, se aprecia la presencia de un 8,8% de la muestra que manifiesta encontrarse “*Enormemente insatisfechos*” sobre el nivel de ruido existente en los comedores.

La puntuación media obtenida se sitúa en 4,31, superior al ítem 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”, lo que parece indicar la tendencia hacia una opinión positiva por parte de los usuarios sobre el nivel de ruido existente en los comedores.

6.3.2.1.10. Protección contra el frío o calor en los comedores sociales.

La opinión de los usuarios sobre el nivel de protección contra el frío o calor en los comedores sociales se recogió a través de la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿Cómo se ha sentido acerca de...

su protección contra el frío o calor que tiene allí?.

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.82:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=273)
Enormemente insatisfecho	1,5%
Muy insatisfecho	2,6%
Bastante insatisfecho	4,0%
Ni satisfecho ni insatisfecho	16,1%
Bastante satisfecho	34,4%
Muy satisfecho	27,8%
Enormemente satisfecho	13,6%

Tabla 6.82: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la protección contra el frío o calor que tienen en los comedores sociales.

La protección contra el frío o calor que ofrecen los comedores sociales es uno de los aspectos que mejor opinión merece a los usuarios. Así, se observa que el 89,4% manifiestan sentirse satisfechos, frente al 8,1% que se muestran insatisfechos. Sin embargo, sigue existiendo un 1,5% de usuarios que se manifiestan *“Enormemente insatisfechos”*.

La puntuación media obtenida sobre la protección contra el frío o calor que encuentran en los comedores sociales se sitúa en 5,17, puntuación superior al ítem 5 -*“Bastante satisfecho”*-, indicativo de una valoración positiva a este respecto.

6.3.2.1.11. Nivel de seguridad en los comedores sociales.

Con el fin de conocer la opinión de los entrevistados sobre el nivel de seguridad de que disfrutaban en los comedores sociales, se realizó la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿Cómo se ha sentido acerca de...

su seguridad personas mientras esta allí?

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.83:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=261)
Enormemente insatisfecho	5,0%
Muy insatisfecho	8,0%
Bastante insatisfecho	6,5%
Ni satisfecho ni insatisfecho	16,9%
Bastante satisfecho	30,7%
Muy satisfecho	17,6%
Enormemente satisfecho	15,3%

Tabla 6.83: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre su seguridad personal mientras están en los comedores sociales.

El nivel de seguridad presente en los comedores sociales es positivamente valorado por parte de los usuarios: el 63,6% se manifiestan satisfechos frente a un 19,5% de insatisfechos. Sin embargo, resta un 5% de usuarios que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” con respecto a la seguridad de que gozan en estos dispositivos.

La puntuación media obtenida por el total de los entrevistados se sitúa en 4,73, cercana al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, lo que viene a indicar una valoración relativamente positiva sobre el nivel de seguridad existente en los comedores sociales.

6.3.2.1.12. Atención recibida por el personal de los comedores sociales.

La opinión sobre la atención recibida por parte del personal de los comedores sociales se indagó a través de la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿Cómo se ha sentido acerca de...

la atención recibida por el personal?

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.84:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=274)
Enormemente insatisfecho	3,3%
Muy insatisfecho	2,2%
Bastante insatisfecho	3,6%
Ni satisfecho ni insatisfecho	12,8%
Bastante satisfecho	29,6%
Muy satisfecho	25,9%
Enormemente satisfecho	22,6%

Tabla 6.84: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la atención recibida por el personal de los comedores sociales.

El trato recibido de parte del personal que desarrolla su trabajo en los comedores sociales merece una evaluación satisfactoria por parte del 78,1% de los usuarios, frente a un 9,1% que manifestaron su insatisfacción.

La puntuación media obtenida por el total de usuarios con respecto a la atención recibida por el personal de los comedores se sitúa en 5,32, puntuación que supera al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, indicativo de la existencia de una valoración muy positiva a este respecto.

6.3.2.1.13. Número de comedores sociales en Madrid.

Con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios sobre la cantidad de comedores sociales existentes en la ciudad de Madrid, se realizó la siguiente pregunta:

En relación a los **últimos doce meses**, y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución
¿Cómo se ha sentido acerca de...
el número de este tipo de servicios que hay en la ciudad de Madrid?

Los datos obtenidos mediante la pregunta se reflejan en la tabla 6.85:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=166)
Enormemente insatisfecho	12,0%
Muy insatisfecho	10,2%
Bastante insatisfecho	19,9%
Ni satisfecho ni insatisfecho	16,9%
Bastante satisfecho	22,3%
Muy satisfecho	10,2%
Enormemente satisfecho	8,4%

Tabla 6.85: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el número de comedores sociales que hay en la ciudad de Madrid.

Se observa en la tabla 6.85. que el 40,9% de los usuarios se encuentran satisfechos, frente a una mayoría compuesta por el 42,1% que entienden que el número de comedores sociales en la ciudad de Madrid resulta insuficiente. Entre estos últimos destaca un 12% que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” a este respecto.

La puntuación media obtenida se sitúa en 3,90, la puntuación más baja de entre las cuestiones consultadas, ligeramente por debajo del ítem 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”-, lo que indica una valoración ligeramente negativa a este respecto.

6.3.2.1.14. Consideraciones generales.

Al igual que se hizo en el caso de los albergues, la valoración de los aspectos relativos a los comedores sociales madrileños se ha consignado en puntuaciones medias en función del nivel de satisfacción que encuentran en ellos sus usuarios -siendo 1 = *Enormemente insatisfecho*, 2 = *Muy insatisfecho*, 3 = *Bastante insatisfecho*, 4 = *Ni satisfecho ni insatisfecho*, 5 = *Bastante satisfecho*, 6 = *Muy satisfecho*, 7 = *Enormemente satisfecho*-. Los resultados obtenidos se encuentran recogidos en la tabla 6.86:

En relación a los comedores sociales, y en el caso de haberlos utilizado al menos una vez en los últimos doce meses, los usuarios puntúan a:	Varones n=242 (media)	Mujeres n=31 (media)	Total n=273 (media)
la atención recibida por el personal	5,29	5,52	5,32
la limpieza y aseo que hay allí	5,23	5,24	5,23
la protección contra el frío o calor que tienen allí	5,18	5,13	5,17
las condiciones generales de lugar	4,89	5,17	4,92
la cantidad de comida obtenida	4,82	5,13	4,85
su seguridad personal mientras están allí	4,75	4,59	4,73
las facilidades de acceso, admisión	4,59	5,20	4,66
la libertad que tienen allí	4,52	4,14	4,48
la cantidad de espacio que tienen allí	4,39	4,52	4,41
el ruido que hay allí	4,34	4,10	4,31
la intimidad que tienen allí	3,95	4,37	4,00
el resto de los usuarios	3,95	4,19	3,98
el número de comedores sociales que hay en Madrid	3,97	3,20	3,90

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.86: Puntuaciones medias de los usuarios sobre diferentes aspectos de los comedores sociales.

Los análisis realizados indican que no existen diferencias significativas entre varones y mujeres en lo referente a las puntuaciones medias de satisfacción manifestadas en relación a diferentes aspectos de los comedores sociales de Madrid.

Tal como se desprende de la tabla 6.86., los mayores grados de satisfacción corresponden a la “atención recibida por parte del personal” en los comedores sociales, “la limpieza y aseo” que hay en ellos y “la protección contra el frío o calor” que tienen en los mismos, aspectos que obtuvieron por parte de los usuarios puntuaciones medias superiores a 5, puntuación correspondiente al ítem -“*Bastante satisfecho*”-.

Con puntuaciones medias algo inferiores, pero igualmente situadas entorno al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, los usuarios califican a las “condiciones generales” de los comedores sociales, “la cantidad de comida que obtienen” en éstos, su “seguridad personal” mientras están allí y las “facilidades de acceso o admisión” a los mismos.

En el polo opuesto se observa insatisfacción entre los usuarios en relación a aspectos tales como “la intimidad que tienen” en los comedores sociales, “el resto de los usuarios” o “el número de dispositivos que hay en Madrid”, aspectos que presentan puntuaciones medias por debajo del ítem 4 -“*Ni satisfecho, ni insatisfecho*”-. Finalmente, cabe señalar que aspectos tales como “la libertad” o “la cantidad de espacio” de que disponen en los comedores sociales o “el ruido que hay allí”, reciben puntuaciones neutras, si bien ligeramente superiores al ítem 4 -“*Ni satisfecho, ni insatisfecho*”-.

6.3.2.2. Motivos alegados por los “no usuarios” para prescindir de la utilización de comedores.

Para indagar sobre de los motivos por los que las personas no usuarias de comedores sociales declinan utilizar estos dispositivos se planteó a los entrevistados adscritos a la categoría de “no usuarios” una serie de preguntas a las cuales debían contestar en función de si consideraban que se ajustaban o no a su caso, de forma que las únicas opciones de respuesta posibles eran *Sí*, *No* o *Ns/nc*.

Los porcentajes obtenidos en relación a cada uno de los ítems aparecen reflejados en la tabla 6.87:

Motivo de no utilización	Varones (n=9)	Mujeres (n=4)	Total (n=13)
Por no necesitar ayuda	50,0%	75,0%	58,3%
No quiere	55,6%	25,0%	46,2%
No le gusta el lugar	25,0%	---	16,7%
Por problemas de horario	25,0%	---	16,7%
Por las dificultades de acceso (distancia...)	25,0%	---	16,7%
Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión)	12,5%	---	8,3%
Porque no conoce ninguno	11,1%	---	7,7%
Porque no pueden ayudarle	---	---	---
Por problemas con los usuarios	---	---	---
Porque no tiene intimidad	---	---	---
Porque se siente excesivamente controlado	---	---	---
Por las condiciones higiénicas del lugar	---	---	---
Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades...)	---	---	---
Porque hace frío o calor	---	---	---
Por problemas con el personal	---	---	---
Porque no se siente seguro	---	---	---

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.87: Motivos alegados por los no usuarios para la no utilización de comedores sociales.

Los análisis realizados indicaron que no existen diferencias significativas en función del género, si bien ha de considerarse que el escaso número sujetos adscritos a la categoría de “no usuarios” -especialmente en el caso de las mujeres- dificulta la obtención de resultados concluyentes.

Más de la mitad (58,3%) de los “no usuarios” de comedores sociales alegaron “no necesitar ayuda” mientras que algo menos de la mitad (46,2%) simplemente “no querían utilizarlos”. Como cuestiones algo más concretas, cabe señalar que el 16,7% adujeron que “no les gustaba el lugar” o que tenían “problemas de horario” o “dificultades de acceso” a los comedores sociales. Finalmente, menos del 10% de los “no usuarios” de comedores sociales manifestaron dificultades derivadas de las “condiciones de acceso” o “no conocer ningún” dispositivo de estas características.

6.3.3. CONCLUSIONES.

La búsqueda de comida es una de las principales actividades cotidianas de las PSH, siendo los comedores sociales los dispositivos asistenciales más utilizados por este colectivo.

Pese a la existencia de más de mil plazas de comedor social y comedor en albergues para PSH en la ciudad de Madrid, en ocasiones resulta complicado para este colectivo conseguir comida de forma diaria, hasta el punto de que casi una cuarta parte de las PSH (22,5%) manifestaron tener problemas para ello de forma “*frecuente*” o “*muy frecuente*” a lo largo del último año, resultando “*muy difícil*” para un 6,6% conseguir comida durante la última semana. Estos porcentajes resultan preocupantes si se considera la importancia de la comida en la subsistencia y las eventuales consecuencias en la salud derivadas de una dieta inadecuada.

De los datos recogidos se desprende que el 31,1% de las PSH en Madrid habitualmente compraron la comida que consumieron a lo largo del último año: o bien disponían de recursos económicos para ello o bien, de una forma habitual, se encontraban sometidos a una dieta precaria. Un mínimo porcentaje de personas manifestaron recurrir a los cubos de basura para abastecerse de alimentos, aspecto que sin embargo no deja de resultar preocupante. Pero, con diferencia, la mayor parte de las PSH obtienen sus alimentos en comedores sociales, lo que justifica sobradamente un análisis de estos dispositivos.

Los “usuarios” de comedores sociales manifiestan una opinión satisfactoria en relación a aspectos tales como la “*atención recibida por parte del personal*”, “*la limpieza y aseo*” y “*la protección contra el frío o calor*” en estos dispositivos, donde aparecen puntuaciones medias superiores al ítem 5 - “*Bastante satisfecho*”. Con puntuaciones medias algo inferiores, pero igualmente situadas entorno al ítem “*Bastante satisfecho*”, califican a “*la cantidad de comida que obtienen*”, su “*seguridad personal*” y las “*facilidades de acceso o admisión*” a los comedores. De ello se deduce que los comedores sociales son percibidos por sus usuarios en gran medida como sitios limpios, con una temperatura adecuada, seguros, bien situados y gestionados por un personal agradable, donde sirven comida en cantidades suficientes.

El “*ruido*”, la “*libertad*” y “*la cantidad de espacio*” en los comedores sociales son calificados con cierta indiferencia por sus usuarios. Sin embargo,

existe una percepción negativa sobre “*la intimidad que tienen*”, sobre “*el resto de usuarios*” con quienes comparten el servicio o sobre “*el número de comedores sociales que hay en Madrid*”, aspectos que presentan puntuaciones medias por debajo del ítem 4 -“*Ni satisfecho, ni insatisfecho*”-. La poca intimidad a la hora de comer -normalmente por tener lugar la comida en mesas para grupos de comensales- unido a los problemas con el resto de los usuarios -con quienes se ven obligados a compartir mantel- son los aspectos que mayor rechazo generan entre los usuarios de comedores sociales. Junto a ello, y de igual forma que sucedía en el caso de los albergues, los usuarios consideran pocos los comedores sociales existentes en Madrid, si bien estos son conocidos y utilizados por la inmensa mayoría de las PSH.

En conjunto, la percepción de los usuarios sobre los comedores sociales en Madrid resulta relativamente positiva, como se desprende del hecho de calificar a las “*condiciones generales*” de estos dispositivos con puntuaciones medias algo inferiores pero muy cercanas al ítem “*Bastante satisfecho*”.

Tan sólo un 4,5% de las PSH en Madrid declinan utilizar los comedores sociales y, quienes lo hacen, esgrimen de forma principal argumentos tan poco concretos como “*no necesitar ayuda*”, “*no querer*” o “*no gustarle el lugar*” - 58,3%, 46,2% y 16,7% respectivamente-. Un pequeño porcentaje de “*no usuarios*” manifestaron no recurrir a los comedores sociales por “*problemas con el horario*”, por las “*dificultades de acceso (distancia...)*”, por las “*condiciones de acceso (criterios de exclusión)*” o por “*no conocer ninguno*”. Podría ser preocupante que, sin embargo, existan PSH que desconozcan la ubicación de servicios tan esenciales. En este sentido puede destacarse que ningún “*no usuario*” esgrimió como motivo de no utilización el hecho de que en los comedores sociales “*no pueden ayudarle*”, existan “*problemas con los usuarios*”, haya “*falta de intimidad*”, “*exceso de control*”, “*deficiencias higiénicas*”, “*dificultades personales*”, “*exceso de frío o calor*”, “*problemas con el personal*” o “*falta de seguridad*”.

Los comedores sociales son servicios muy utilizados y relativamente

bien valorados por el conjunto de las PSH en Madrid. De hecho, a tenor de las manifestaciones de sus usuarios, la mayor crítica que puede hacerse sobre ellos es la escasez de su número en una ciudad con la demanda existente en Madrid.

Ahora bien, dado que el 95,5% de las PSH en Madrid utilizan los comedores sociales –siendo los servicios de mayor utilización por este colectivo-, y considerando la fidelidad de los usuarios hacia cada uno de los dispositivos, los comedores sociales podrían convertirse en lugares privilegiados para contactar con aquellas PSH que no recurren a otros servicios. Y, a través de estos contactos, podría ofrecerse ayuda individualizada a quienes la requiriesen, “enganchar” a los necesitados de algún tipo de tratamiento o mantener un seguimiento sobre quienes precisen ayuda de una forma continuada para normalizar su estilo de vida. En este sentido, tal vez se esté sacando poco partido de un servicio tan masivamente utilizado por personas en situación de exclusión social como son los comedores sociales.

6.4. LA ROPA Y LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LAS PSH: LOS ROPEROS.

De entre los múltiples problemas que deben enfrentar las PSH, un problema no menor es el de la ropa. No sólo se trata de conseguir ropa adecuada a sus necesidades, sino que, junto a ello, en muchas ocasiones surgen grandes dificultades para mantenerla limpia y conservarla de forma adecuada.

La ropa cumple múltiples funciones. Sirve para proteger del frío, cuestión importante en una ciudad como Madrid que durante el periodo invernal tiene temperaturas por debajo de 0º centígrados, lo que puede generar importantes problemas de salud especialmente entre quienes pernoctan en las calles. Del mismo modo, la ropa influye en la autoestima: llevar una ropa agradable hace

sentirse mejor a la persona, generando un menor rechazo de aquellos con quienes interaccionan. También, cuando se pretende buscar trabajo, o cuando simplemente se quiere utilizar transporte público o entrar en un lugar público, una ropa adecuada evita sentirse diferente, rechazado... Es por todo ello por lo que parece relevante dedicar un apartado a la ropa y los roperos públicos.

6.4.1. ESTRATEGIAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE ROPA POR LAS PSH EN MADRID.

Dada la importancia de la ropa en la vida de cualquier persona, a lo largo del presente apartado pretende realizarse un análisis de los lugares a los que recurren para proveerse de ella las PSH en la ciudad de Madrid. A tal fin, se indagó sobre aspectos tales como los problemas para conseguir ropa o los lugares habitualmente más utilizados para ello. Para profundizar en estos aspectos se estableció como referencia temporal los doce meses anteriores a la realización de la entrevista, al considerarse la ropa un artículo que puede perdurar durante periodos de tiempo relativamente largos.

6.4.1.1. La ropa utilizada durante el último año.

En el presente apartado tratan de analizarse las dificultades encontradas por las PSH de Madrid para conseguir ropa, al menos durante el año anterior a la realización de la entrevista. Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.88:

Frecuencia	Varones (n=165)	Mujeres (n=20)	Total (n=185)
Nunca	65,0%	57,1%	64,0%
Casi nunca	9,8%	17,1%	10,7%
Frecuentemente	15,4%	14,3%	15,2%
Muy frecuentemente	9,8%	11,4%	10,0%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.88: Frecuencia de las dificultades encontradas por las PSH en Madrid para conseguir ropa a lo largo del último año.

Una primera aproximación a los datos presentados en la tabla 6.88. parece indicar que no resulta excesivamente complejo para un importante

porcentaje de PSH conseguir ropa, no apreciándose diferencias significativas en función del género. Casi tres cuartas partes de las PSH (74,7%) no encontraron problemas para conseguir ropa “nunca” o “casi nunca”, habiendo manifestado casi dos tercios de los entrevistados (64%) no haber tenido “nunca” problemas en este sentido.

Sin embargo, se observa que una cuarta parte (25,2%) de los entrevistados indicaron haber encontrado problemas de forma “frecuente” o “muy frecuente” para conseguir ropa. De entre estos, resulta preocupante que el 10% de los entrevistados “muy frecuentemente” encontraron problemas para conseguir ropa a lo largo del último año.

Constatadas las dificultades para conseguir ropa por las PSH, surge la cuestión acerca de cuales son los lugares más habitualmente utilizados para ello. Los resultados obtenidos a este respecto se reflejan en la tabla 6.89:

Estrategia	Varones (n=254)	Mujeres (n=35)	Total (n=289)
La obtienen en una parroquia, ropero público...	66,1%	60,0%	65,4%
Se la compra	49,2%	55,9%	50,0%
Se la dan sus amigos, los miembros de su familia u otras personas	21,4%	37,1%	23,3%
La busca en la calle o cubos de basura	10,8%	11,4%	10,8%
Otro sitio	7,2%	5,7%	7,0%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.89: Estrategia habitual para conseguir ropa por las PSH en Madrid.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa en la tabla 6.89. que la mayor parte de las PSH (65,4%) consiguieron la ropa habitualmente en instituciones orientadas a cubrir esta necesidad -roperos, albergues, parroquias...- y, casi una cuarta parte, recibieron ropa de amigos, miembros de su familia u otras personas. Llama sin embargo la atención que, pese al elevado precio que puede llegar a alcanzar la ropa en nuestro país, la mitad de las personas sin hogar compraran la ropa que utilizan. Esto puede entenderse como indicativo de la importancia que tiene la ropa en nuestra sociedad, ya que un colectivo sin apenas recursos invierte una parte de éstos para conseguir una ropa a su gusto, en vez de abastecerse en dispositivos

donde la entrega es gratuita.

6.4.1.2. La ropa utilizada durante la última semana.

Para conocer la opinión de las PSH sobre la ropa de que disponían se solicitó a los entrevistados la opinión sobre diferentes aspectos sobre la ropa utilizada a lo largo de la última semana. Como en ocasiones anteriores, para facilitar las respuestas a los entrevistados y su posterior codificación se presentaba a estos una tarjeta -ver anexo 5- sobre la que debían señalar la respuesta que, en mayor medida, reflejara su opinión sobre cada una de las cuestiones consultadas, distribuyéndose las respuestas de 1 a 7, en función de la siguiente escala:

1. Enormemente insatisfecho.
2. Muy insatisfecho
3. Bastante insatisfecho
4. Ni satisfecho ni insatisfecho
5. Bastante satisfecho
6. Muy satisfecho
7. Enormemente satisfecho.

6.4.1.2.1. La calidad y comodidad de la ropa.

Con el fin de evaluar la opinión de los entrevistados sobre la calidad y la comodidad de la ropa utilizada a lo largo de la última semana se planteó a los usuarios la siguiente cuestión:

¿Cómo se ha sentido en los últimos siete días acerca de...
la ropa que ha estado usando (calidad, comodidad...)?

Las respuestas recogidas aparecen reflejadas en la tabla 6.90:

Nivel de satisfacción	Varones (n=250)	Mujeres (n=36)	Total (n=286)
Enormemente insatisfecho*	3,2%	16,7%	4,9%
Muy insatisfecho	5,2%	5,6%	5,2%
Bastante insatisfecho	8,8%	5,6%	8,4%
Ni satisfecho ni insatisfecho	15,2%	19,4%	15,7%
Bastante satisfecho	29,2%	36,1%	30,1%
Muy satisfecho	24,4%	16,7%	23,4%
Enormemente satisfecho*	14,0%	---	12,2%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.90: Nivel de satisfacción de las PSH sobre la ropa utilizada a lo largo de los últimos siete días.

De los datos recogidos se desprende que prácticamente dos tercios de las PSH (65,7%) se sienten satisfechos de la ropa utilizada a lo largo de la última semana -67,6% de varones y 52,8% de mujeres-, al menos en lo referente a su calidad y comodidad. Sin embargo, esta valoración positiva contrasta con la opinión de un 4,9% -3,2% y 16,7% en varones y mujeres respectivamente- que se declaran “*enormemente insatisfechos*” sobre la ropa utilizada a lo largo de la última semana, porcentaje inserto dentro del 23,4% de la muestra -17,2% de varones y 27,9% de mujeres- que manifiesta algún tipo de insatisfacción en lo relativo a esta cuestión.

Las únicas diferencias significativas en función del género se observan en relación a las puntuaciones extremas: mientras que hay más mujeres “*enormemente insatisfechas*” con la ropa que utilizan, se observa significativamente una mayor cantidad de varones “*enormemente satisfechos*” con la misma, no habiendo ni una sola mujer adscrita a esta categoría. Estos datos podrían estar indicando un mayor nivel de exigencia de las mujeres en relación a la ropa que utilizan, ropa que en ningún caso les deja completamente satisfechas.

La puntuación media obtenida sobre la ropa utilizada a lo largo de la última semana se sitúa en 4,81, puntuación por debajo del ítem 5 “*bastante satisfecho*”, lo que puede interpretarse como indicativo de una valoración relativamente positiva a este respecto.

6.4.1.2.2. Las facilidades para lavar o limpiar la ropa durante la última semana.

La opinión de los entrevistados sobre las facilidades de que disponen para lavar o limpiar la ropa a lo largo de la última semana se evaluó planteando la siguiente cuestión:

¿Cómo se ha sentido en los últimos siete días acerca de...
las facilidades para lavar o limpiar la ropa?

Las respuestas recogidas a este respecto aparecen reflejadas en la tabla

6.91:

Nivel de satisfacción	Varones (n=249)	Mujeres (n=32)	Total (n=281)
Enormemente insatisfecho	17,3%	18,8%	17,4%
Muy insatisfecho	9,6%	6,3%	9,3%
Bastante insatisfecho	12,4%	6,3%	11,7%
Ni satisfecho ni insatisfecho	11,6%	9,4%	11,4%
Bastante satisfecho	20,5%	28,1%	21,4%
Muy satisfecho	16,1%	18,8%	16,4%
Enormemente satisfecho	12,4%	12,5%	12,5%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.91: Nivel de satisfacción de las PSH sobre las facilidades para lavar o limpiar la ropa.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa que la mitad de las PSH (50,3%) manifiestan sentirse satisfechas sobre las posibilidades de lavar o limpiar su ropa. Sin embargo, esta valoración positiva contrasta con la opinión del 17,4% que se declaran “*enormemente insatisfechos*”, porcentaje inserto en el 38,4% de la muestra que manifiesta algún tipo de insatisfacción al respecto.

La puntuación media obtenida sobre las posibilidades de lavar o limpiar su ropa se sitúa en 4,09, puntuación cercana al ítem 4 -“*Ni insatisfecho ni satisfecho*”-, lo que puede interpretarse como indicativo de una valoración neutra a este respecto.

6.4.1.2.3. Las facilidades para guardar la ropa durante la última semana.

Para conocer la opinión de los entrevistados sobre las facilidades para guardar la ropa a lo largo de la última semana, se realizó la siguiente pregunta:

¿Cómo se ha sentido en los últimos siete días acerca de...
las facilidades para guardar la ropa?.

Los datos obtenidos se reflejan en la tabla 6.92:

Nivel de satisfacción	Varones (n=249)	Mujeres (n=33)	Total (n=282)
Enormemente insatisfecho	17,3%	12,1%	16,7%
Muy insatisfecho	10,8%	9,1%	10,6%
Bastante insatisfecho	11,2%	6,1%	10,6%
Ni satisfecho ni insatisfecho	14,5%	27,3%	16,0%
Bastante satisfecho	16,9%	18,2%	17,0%
Muy satisfecho	18,1%	9,1%	17,0%
Enormemente satisfecho	11,2%	18,2%	12,1%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.92: Nivel de satisfacción de las PSH sobre las facilidades para guardar la ropa durante la última semana.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa en la tabla 6.92. que el 46,1% de las PSH se encuentran satisfechos, frente a un 37,9% que entienden que las facilidades encontradas para guardar la ropa durante la última semana fueron insuficientes. Entre estos últimos destaca un 16,7% que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” a este respecto.

La puntuación media obtenida se sitúa en 4,05, ligeramente por encima del ítem 4 -“*ni satisfecho ni insatisfecho*”, lo que viene a indicar una valoración relativamente neutra con respecto a las facilidades para guardar la ropa.

6.4.1.2.4. Consideraciones finales.

Como se señaló con anterioridad, cada una de las tres cuestiones planteadas en relación a la ropa utilizada durante la semana anterior a la realización de la entrevista recibió una puntuación de 1 a 7. Las puntuaciones medias sobre cada una de las cuestiones consultadas se encuentran reflejadas en la tabla 6.93:

En relación a la ropa utilizada a lo largo de los últimos siete días, los entrevistados puntúan a:	Puntuaciones medias		
	Varones (n=250)	Mujeres (n=36)	Total (n=286)
La ropa que ha estado usando (calidad, comodidad...)	4,92	4,08	4,81
Las facilidades que tienen para lavarla o limpiarla	4,06	4,34	4,09
Las facilidades para guardarla	4,02	4,26	4,05

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.93: Puntuaciones medias de los entrevistados sobre diferentes aspectos relativos a la ropa utilizada durante los últimos siete días.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa en la tabla 6.93. cómo las tres puntuaciones medias se distribuyen entre los items 4 -“Ni satisfecho ni insatisfecho”- y 5 -“Bastante satisfecho”-. De esta forma, no parece existir una opinión negativa sobre los aspectos consultados, si bien “las facilidades para guardar” la ropa o “las facilidades para lavarla o limpiarla” encontradas por las PSH ocupa una posición bastante neutra, muy cercana al item 4 -“Ni satisfecho ni insatisfecho”-, en tanto que “la ropa que han estado usando -calidad, comodidad...” durante la última semana recibe una puntuación relativamente positiva, cercana al item 5 -“Bastante satisfecho”-.

6.4.2. LOS ROPEROS.

En el presente trabajo fueron considerados “usuarios” de roperos todas aquellas personas que, durante los doce meses anteriores a la realización de la entrevista utilizaron, al menos en una ocasión, estos servicios, independientemente de que se encontrasen ubicados en parroquias, albergues, asociaciones de vecinos o cualquier otro lugar, siempre y cuando facilitasen ropa de forma gratuita. Por su parte, fueron considerados “no usuarios” quienes, a lo largo de idéntico período de tiempo, no hicieron uso de dispositivos con estas características.

Del total de PSH entrevistadas, cumplieron los criterios para ser adscritos a la categoría “usuarios” el 67,8% de la muestra -68,1% de los varones y 65,7% de las mujeres-, frente a un 32,2% -31,9% de los varones y 34,3% de las mujeres- que pasaron a engrosar la categoría “no usuarios”.

6.4.2.1. Estado de los roperos y satisfacción de los usuarios.

Tal como ocurrió en el caso de albergues y comedores, se solicitó a los *usuarios* de roperos la opinión que les merecía diferentes aspectos relativos a los estos dispositivos, en tanto que entre los no usuarios se indagaron los motivos que les impulsaron a prescindir de ellos. Para facilitar las respuestas a entrevistados y su posterior codificación, a los usuarios se les presentaba una tarjeta (ver anexo 5) sobre la que debían señalar la respuesta que, en mayor medida, reflejara su opinión sobre la cuestión consultada, distribuyéndose las respuestas de 1 a 7, en función de la siguiente escala:

1. Enormemente insatisfecho.
2. Muy insatisfecho
3. Bastante insatisfecho
4. Ni satisfecho ni insatisfecho
5. Bastante satisfecho
6. Muy satisfecho
7. Enormemente satisfecho.

Conviene constatar que, una vez realizado los oportunos análisis, en ningún momento se observó la existencia de diferencias significativas entre varones y mujeres en lo referente a las cuestiones consultadas.

6.4.2.1.1. Las posibilidades de elección de la ropa.

Con la finalidad de recoger la opinión de los usuarios sobre las posibilidades de elección de la ropa en los roperos, se les planteó la siguiente cuestión:

En el caso de haber recibido ropa de un ropero público u otro servicio..., al menos una vez en los **últimos doce meses** ¿Cómo se ha sentido acerca...
de las posibilidades de elección de la ropa?

Los datos obtenidos se encuentran reflejados en la tabla 6.94:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n=195)
Enormemente insatisfecho	10,8%
Muy insatisfecho	6,2%
Bastante insatisfecho	19,5%
Ni satisfecho ni insatisfecho	14,4%
Bastante satisfecho	25,1%
Muy satisfecho	15,9%
Enormemente satisfecho	8,2%

Tabla 6.94: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las posibilidades de elección de ropa en los roperos.

Los resultados obtenidos indican que prácticamente la mitad de los usuarios, el 49,2%, tienden a situarse entre los ítems “*bastante satisfechos*” y “*enormemente satisfechos*” en relación a las posibilidades de elección de ropa. Frente a ellos, un 36,5% de los usuarios manifiesta insatisfacción al respecto, destacando de entre ellos un 10,8% de personas que señalaron una enorme insatisfacción.

La puntuación media del total de usuarios se sitúa en 4,17, puntuación que cercana al ítem 4 (“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”), lo que viene a indicar una valoración relativamente neutra sobre las posibilidades de elección de ropa en los roperos.

6.4.2.1.2. Atención recibida por el personal de los roperos.

La opinión sobre la atención recibida por parte del personal de los roperos se procuró conocer a través de la siguiente pregunta:

En el caso de haber recibido ropa de un ropero público u otro servicio..., al menos una vez en los **últimos doce meses** ¿Cómo se ha sentido acerca...
de la atención recibida por el personal?.

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.95:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n = 195)
Enormemente insatisfecho	3,1%
Muy insatisfecho	4,6%
Bastante insatisfecho	5,6%
Ni satisfecho ni insatisfecho	17,4%
Bastante satisfecho	29,7%
Muy satisfecho	23,1%
Enormemente satisfecho	16,4%

Tabla 6.95: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la atención recibida por el personal de los roperos.

El trato dado por el personal que desarrolla su trabajo en los roperos merece una evaluación satisfactoria por parte del 69,2% de los usuarios, frente a un 13,3% que manifestaron su insatisfacción.

La puntuación media obtenida en relación a la atención recibida por el personal de los roperos se sitúa en 5,02, puntuación muy cercana al ítem 5 - "*bastante satisfecho*"-, indicativo de una valoración positiva a este respecto.

6.4.2.1.3. Facilidades de acceso a los roperos.

Para conocer la opinión de las PSH sobre las facilidades encontradas por los usuarios para acceder a los roperos se realizó la siguiente pregunta:

En el caso de haber recibido ropa de un ropero público u otro servicio..., al menos una vez en los **últimos doce meses** ¿Cómo se ha sentido acerca...
de las facilidades de acceso?.

Los datos obtenidos al respecto aparecen reflejados en la tabla 6.96:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n = 196)
Enormemente insatisfecho	6,1%
Muy insatisfecho	8,2%
Bastante insatisfecho	11,7%
Ni satisfecho ni insatisfecho	14,8%
Bastante satisfecho	21,9%
Muy satisfecho	22,4%
Enormemente satisfecho	14,8%

Tabla 6.96: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las facilidades de acceso a los roperos.

Tal como se desprende de la tabla 6.96, las facilidades de acceso a los roperos merece una evaluación satisfactoria por parte del 59,1% de los usuarios, frente a un 26% que manifestaron su insatisfacción al respecto.

La puntuación media obtenida por el total de los entrevistados en relación a las facilidades de acceso a los roperos se sitúa en 4,66, puntuación situada entre los items 4 -“*ni satisfecho ni insatisfecho*”- y 5 -“*bastante satisfecho*”-, indicativo de una valoración relativamente positiva.

6.4.2.1.4. Número de roperos en Madrid.

Finalmente, para conocer la opinión de los usuarios en relación a la cantidad de roperos existentes en la ciudad de Madrid, se realizó la siguiente pregunta:

En el caso de haber recibido ropa de un ropero público u otro servicio..., al menos una vez en los **últimos doce meses** ¿Cómo se ha sentido acerca...
del número de roperos que hay en la ciudad de Madrid?.

Los datos obtenidos mediante la pregunta se reflejan en la tabla 6.97:

Nivel de satisfacción	Porcentajes (n = 121)
Enormemente insatisfecho	9,1%
Muy insatisfecho	8,3%
Bastante insatisfecho	14,0%
Ni satisfecho ni insatisfecho	28,9%
Bastante satisfecho	20,7%
Muy satisfecho	9,9%
Enormemente satisfecho	9,1%

Tabla 6.97: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el número de roperos que hay en la ciudad de Madrid.

Se observa en la tabla 6.97. cómo el 39,7% de los usuarios se encuentran satisfechos. Frente a ellos, el 27,4% entienden que el número de roperos en la ciudad de Madrid resulta insuficiente. De ellos destacan un 9,1%, que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” a este respecto.

La puntuación media se sitúa en 4,05, puntuación ligeramente superior

al ítem 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”-, que viene a indicar una valoración neutra sobre esta cuestión.

6.4.2.1.5. Consideraciones generales.

Considerando que las puntuaciones se distribuyen entre 1 y 7 -siendo 1 = *enormemente insatisfecho*, 2 = *muy insatisfecho*, 3 = *bastante insatisfecho*, 4 = *ni satisfecho ni insatisfecho*, 5 = *bastante satisfecho*, 6 = *muy satisfecho*, 7 = *enormemente satisfecho*-, cabe señalar que los roperos madrileños, con excepciones, son valorados de forma bastante neutra por sus usuarios, tal como se desprende de las puntuaciones medias reflejadas en la tabla 6.98:

En relación a los roperos, y en el caso de haberlos utilizado al menos una vez en los últimos doce meses, los usuarios puntúan a:	Varones (n=173) (media)	Mujeres (n=22) (media)	Total (n=195) (media)
La atención recibida por el personal	5,05	4,76	5,02
las facilidades de acceso, admisión	4,70	4,40	4,66
las posibilidades de elección de la ropa	4,25	3,52	4,17
el número de roperos que hay en Madrid	4,06	4,02	4,05

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.98: Puntuaciones medias de los usuarios sobre diferentes aspectos relativos a los roperos.

Los mayores grados de satisfacción corresponden a la “atención recibida por parte del personal” y las “facilidades de acceso, admisión” a los roperos, ambas con puntuaciones en torno 5 -“*bastante satisfecho*”-. Por su parte, los menores grados de satisfacción corresponden a las “posibilidades de elección de ropa” y el “número de roperos que hay en Madrid”, si bien siempre con puntuaciones superiores a 4 -“*ni satisfecho ni insatisfecho*”-.

6.4.2.2. Motivos alegados por los “no usuarios” para prescindir de los roperos.

Para indagar sobre de los motivos por los que una parte de las PSH no utilizaban los roperos, se planteó a aquellos entrevistados adscritos a la categoría de “no usuarios” una serie de preguntas a las que, como en ocasiones anteriores, debían contestar en función de si consideraba que los

motivos expuestos se ajustaban a su caso, siendo las únicas opciones de respuesta posibles *Si, No o Ns/nc*.

Los porcentajes obtenidos en relación a cada uno de los items aparecen reflejados en la tabla 6.99:

Motivo de no utilización	Varones (n=78)	Mujeres (n=11)	Total (n=89)
Por no necesitar ayuda*	59,0%	63,6%	59,6%
No quiere**	48,7%	9,1%	43,8%
Porque no conoce ninguno**	6,4%	54,5%	12,4%
No le gusta el lugar*	10,3%	---	9,0%
Por las dificultades de acceso (distancia...)*	6,4%	---	5,6%
Porque no tiene intimidad*	3,8%	---	3,4%
Por problemas de horario*	2,6%	---	2,3%
Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión)	2,6%	---	2,2%
Porque no pueden ayudarle*	2,6%	---	2,2%
Porque se siente excesivamente controlado*	2,6%	---	2,2%
Por las condiciones higiénicas del lugar*	2,6%	---	2,2%
Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades...)*	2,6%	---	2,2%
Por problemas con el personal*	2,6%	---	2,2%
Porque hace frío o calor*	1,3%	---	1,1%
Por problemas con los usuarios*	1,3%	---	1,1%
Porque no se siente seguro*	1,3%	---	1,1%

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

Tabla 6.99: Motivos alegados para la no utilización de roperos por parte de no usuarios de estos dispositivos.

Los análisis realizados muestran la existencia de diferencias significativas entre varones y mujeres, si bien ha de considerarse que el escaso número adscritos a la categoría de “no usuarios” en el estudio, especialmente en el caso de las mujeres, dificulta la obtención de resultados concluyentes.

Tomando en consideración los porcentajes totales, se observa que más de la mitad de los entrevistados “no usuarios” de roperos manifestaron no utilizar estos dispositivos por “no necesitar ayuda”, siendo significativamente mayor el número de mujeres que pusieron de manifiesto este motivo. “No querer” es la segunda causa alegada por orden de importancia, siendo en este caso significativamente superior los varones que manifestaron este motivo. En tercer lugar, si bien a mayor distancia, se sitúa como motivo “no conocer ningún” ropero, aspecto significativamente manifestado en mayor medida por las mujeres. El resto de las cuestiones tan sólo fueron señalados por varones y

en un pequeño porcentaje.

6.4.3. CONCLUSIONES.

La obtención de ropa, su conservación y limpieza son problemas de especial relevancia entre el colectivo de las PSH. De hecho, más del 35% tuvieron problemas de forma frecuente o muy frecuente para conseguir ropa, si bien la mayor parte la obtuvieron en roperos públicos o comprándola. Sin embargo, resulta destacable que un 10% de entrevistados obtuvieran la ropa en la calle o cubos de basura, lo que hace dudar sobre la calidad e higiene presente en la misma.

Los roperos públicos, generalmente, realizan una selección de la ropa de forma previa a facilitársela a sus usuarios y gran parte de las PSH se abastece de ropa nueva o de segunda mano a través de establecimientos comerciales. Por ello, no resulta extraño que en relación a la ropa utilizada durante la semana los entrevistados no se manifiestan insatisfechos en relación a su calidad o comodidad. Ahora bien, en relación a la satisfacción sobre la ropa utilizada, un mayor porcentaje de mujeres se declaran enormemente insatisfechas al respecto, en tanto que es mayor la cantidad de varones enormemente satisfechos con ella. Posiblemente estas diferencias deriven de un mayor efecto de la ropa en la autoimagen de las mujeres, motivada por los patrones culturales imperantes, lo que convierte a éstas en más exigentes que los varones en relación a la ropa utilizada.

Si conseguir la ropa puede suponer un problema para muchas PSH, poder limpiarla con regularidad y guardarla en un lugar adecuado no son problemas menores. De hecho, la mitad de los entrevistados se muestran insatisfechos con sus posibilidades para poder lavar la ropa. En su mayoría, quienes se consideraban satisfechos al respecto utilizan para limpiar su ropa los recursos facilitados por los albergues. Sin embargo, los no usuarios de albergues o quienes no pueden recurrir a éstos para tal fin debieran disponer de mayores facilidades para poder lavar su ropa, especialmente si se considera

la incidencia de llevar una ropa sucia no sólo en la salud, sino en el rechazo de la población general o en las posibilidades de normalizar su estilo de vida -por ejemplo, a la hora de buscar empleo-.

Algo similar sucede con las posibilidades de poder guardar la ropa en un lugar adecuado, aspecto sobre el que más de la mitad de las PSH se sienten insatisfechas. En este sentido sería interesante incrementar el número de taquillas destinadas a posibilitar a sus usuarios no tener que cargar constantemente con sus pertenencias que, aún en el caso de ser escasas, limitan en gran medida las posibilidades de movilidad y se convierten en un "handicap" de cara a un eventual proceso de normalización.

En relación a los roperos públicos, que abastecen de ropa gratuitamente a las PSH, sus "usuarios" manifiestan satisfacción en lo relativo a la "atención recibida por parte del personal" y "las facilidades de acceso y admisión" a estos dispositivos, si bien se muestra una cierta indiferencia en relación a "la cantidad de ropa" y al "número de roperos" en la ciudad de Madrid. De ellos se deduce que los roperos no son percibidos de una forma negativa por sus usuarios: son lugares accesibles con trabajadores amables, donde sin embargo no siempre la ropa es del gusto de sus usuarios.

Por su parte, llama la atención que más de un tercio (32,2%) de las PSH en Madrid decline utilizar los roperos públicos. Estas personas esgrimen de forma principal argumentos poco concretos como: "no necesitar ayuda" (59,6%), "no querer" (43,8%), "no gustarle el lugar" (9%)... Tan sólo un pequeño porcentaje manifestó no recurrir a los dispositivos por las "dificultades de acceso" (4,6%) o "no tener intimidad" (3,4%). Lamentablemente, el 12,4% de los "no usuarios" manifestó "no conocer ningún" ropero. Esta cuestión aparece especialmente relevante entre las mujeres, donde si bien el porcentaje de desconocimiento de roperos alcanza al 54,5% cabe señalar que un elevado porcentaje de éstas (63,6%) manifiestan no necesitar la ayuda que pueden prestarle estos dispositivos, lo que puede hacer que se abstengan de recabar información sobre la ubicación de los mismos. En cualquier caso, el

desconocimiento de un relevante porcentaje de potenciales usuarios de roperos sobre la ubicación de los mismos pone una vez más de manifiesto la necesidad de informar de una forma adecuada a las PSH, potenciales usuarios de determinados servicios, sobre la existencia y ubicación de los distintos dispositivos.

6.5. EL ASEO PERSONAL Y LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LAS PSH: LOS BAÑOS PÚBLICOS.

Un importante problema a enfrentar por quienes carecen de vivienda es poder mantener un nivel de aseo e higiene personal adecuados, aspecto de gran trascendencia para cualquier ser humano debido a las repercusiones negativas que una deficiente higiene puede tener en cuestiones tan importantes como la salud, la autoestima, las relaciones sociales, la incorporación a un estilo de vida normalizado...

No debe perderse de vista que las deficiencias en la higiene, además de generar incomodidad personal en el individuo que las padece, pueden convertirse en causa de enfermedades, especialmente infecto-contagiosas, problema dentales, intoxicaciones, problemas gastro-intestinales... Del mismo modo, resulta muy complejo -por no decir imposible- acceder a un puesto de trabajo careciendo de unos estándares básicos de limpieza, dado el rechazo que inevitablemente ello genera en el empleador. La falta de aseo, incluso, dificulta poder asearse, círculo vicioso generado por el hecho de que una persona con unos niveles higiénicos mínimos tendrá más dificultades en el acceso a lugares como establecimientos públicos para poder asearse, orinar o defecar.

Es por ello que acceder a unos niveles de aseo diarios es algo importante, a la par que genera necesidades que requieren una solución diaria -ducharse, afeitarse, lavarse los dientes, defecar- o varias veces por día -lavarse las manos, orinar...-. Esto hace imprescindible facilitar a las PSH

recursos que les permitan cubrir este tipo de necesidades.

6.5.1. ESTRATEGIAS PARA EL ASEO DE LAS PSH EN MADRID.

A lo largo del presente apartado pretende llevarse a cabo un análisis de los lugares a los que recurren las PSH para realizar su aseo personal en la ciudad de Madrid. A tal fin, se indagó sobre aspectos tales como los problemas encontrados para localizar diariamente un lugar en que asearse, los lugares habitualmente utilizados para ello o la frecuencia de uso de estos lugares. Con la intención de profundizar en estos aspectos, se realizaron una serie de preguntas estableciendo como referencia temporal inicialmente los doce meses anteriores a la realización de la entrevista y posteriormente la última semana.

6.5.1.1. El aseo personal durante el último año.

En este apartado se analizan las dificultades halladas por las PSH de Madrid, en términos generales, para encontrar un lugar donde asearse - ducharse, lavarse la cabeza, pies...-.

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.100:

Frecuencia	Varones (n=254)	Mujeres (n=35)	Total (n=289)
Nunca	73,6%	71,4%	73,4%
Casi nunca	11,4%	11,4%	11,4%
Frecuentemente	10,2%	5,7%	9,7%
Muy frecuentemente	4,7%	11,4%	5,5%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.100: Frecuencia de las dificultades de las PSH para encontrar un lugar donde poder asearse durante los últimos doce meses.

Sin diferencias significativas en función del género, una primera aproximación a los datos parece indicar que no resulta excesivamente complejo para la mayoría de las PSH encontrar un lugar donde poder asearse. Como se aprecia en la tabla 6.100., el 84,8% no encontraron problemas para ello “nunca” o “casi nunca”, habiendo manifestado más de la mitad de los

entrevistados (73,4%) no haber tenido “*nunca*” problemas para encontrar “*diariamente*” un lugar donde poder asearse.

Sin embargo, un 15,2% de la muestra manifestaron haber tenido problemas de forma “*frecuente*” o “*muy frecuente*” para localizar “*diariamente*” un lugar donde poder asearse. De entre estos, resulta preocupante que el 5,5% de los entrevistados, “*muy frecuentemente*” se enfrentaron al problema a lo largo del año.

Una vez constatadas las dificultades para encontrar regularmente un lugar donde poder llevar a cabo su aseo personal, surge la pregunta sobre cuáles son los lugares más habitualmente utilizados para este menester. Los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 6.101:

Lugar	Varones (n=254)	Mujeres (n=35)	Total (n=289)
Baño en albergues o centros de acogida	70,1%	60,0%	68,9%
Baño privado (Casas particulares)	46,2%	54,3%	47,2%
Baño público	39,4%	34,3%	38,8%
Fuentes	13,8%	14,3%	13,8%
Baño en lugares públicos (Bares...)	9,9%	5,7%	9,4%
Otros	5,1%	2,9%	4,8%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.101: Lugar habitualmente utilizado para asearse durante el último año por las PSH en Madrid.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa que la mayor parte de las PSH (68,9%) utiliza para asearse los baños ubicados en los albergues. Resulta llamativo el hecho de que casi la mitad de los entrevistados (47,2%) utilizaron habitualmente baños privados, situados en casas particulares, para llevar a cabo su aseo personal.

Un elevado porcentaje (38%) manifestó recurrir habitualmente a los baños públicos, sin embargo, conviene llamar la atención sobre el hecho de que el 13,8% de las PSH se veía en la necesidad de asearse habitualmente en fuentes y que, casi el 10%, recurrían a servicios ubicados en los establecimientos públicos -bares, restaurantes...-.

Además del aseo personal, una cuestión que podría entrañar cierta dificultad entre las PSH es localizar lugares adecuados para orinar y defecar. Es por ello que se indagó hasta que punto encontrar un lugar donde utilizar urinarios o retretes supuso un problema para los entrevistados a lo largo del último año. Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.102:

Frecuencia	Varones (n=253)	Mujeres (n=35)	Total (n=289)
Nunca	67,2%	71,4%	67,7%
Casi nunca	12,3%	2,9%	11,1%
Frecuentemente	12,6%	11,4%	12,5%
Muy frecuentemente	6,3%	10%	7,3%

* $p \leq 0.05$

Tabla 6.102: Frecuencia de las dificultades de las PSH de Madrid para encontrar un lugar donde poder usar urinarios y/o retretes durante los últimos doce meses.

Tal como se desprende de la tabla 6.102. y sin diferencias significativas en función del género, la gran mayoría de las PSH (78,8%) manifestaron no haber tenido problemas “nunca” o “casi nunca” para encontrar un lugar donde poder utilizar retretes y/o urinarios durante el año anterior a la entrevista. Por contra, el 19,8% manifestaron que “frecuentemente” o “muy frecuentemente” encontraron problemas para ello. Destaca, como dato alarmante, que el 7,3% de las PSH encontraron problemas “muy frecuentemente” a lo largo del último año para algo tan necesario como poder usar urinarios y/o retretes.

6.5.1.2. El aseo durante la última semana.

Mientras los datos empleados en el apartado anterior hacían referencia a un período de doce meses, los datos recogidos a continuación hacen referencia a un periodo semanal, el cual, en principio, debería facilitar estimaciones más objetivas, donde las percepciones personales o el recuerdo jugasen un papel sustancialmente menor, facilitando además una cierta información sobre la evolución del problema.

Inicialmente, el sistema utilizado para conocer en qué medida resultó

difícil a las PSH encontrar un lugar donde poder llevar a cabo su aseo personal a lo largo de los últimos siete días, lejos de pretender ser objetivo, buscaba conocer la percepción subjetiva del sujeto. Así, en el cuestionario se codificaron las respuestas en función de cuatro posibles adscripciones de carácter general: *Muy difícil*, *difícil*, *fácil* o *muy fácil*. Los resultados aparecen recogidos en la tabla 6.103:

Nivel de dificultad	Varones (n=253)	Mujeres (n=36)	Total (n=289)
Muy fácil	64,8%	66,7%	65,1%
Fácil	22,5%	16,7%	21,8%
Difícil	6,7%	8,3%	6,9%
Muy difícil	5,5%	8,3%	5,9%
Ns/nc	0,4%	---	0,3%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.103: Dificultad de las PSH en Madrid para encontrar un lugar donde poder asearse en la última semana.

Sin diferencias significativas en función del género, de la tabla 6.103. se extrae que a la gran mayoría de las PSH (86,9%) les resultó "*Fácil*" o "*Muy fácil*" encontrar un lugar donde poder asearse. Sin embargo, un dato alarmante aparece en relación al 12,8% de sujetos a quienes les resultó "*Difícil*" o "*Muy difícil*" encontrar un lugar donde poder asearse, con especial atención al 5,9% que puso de manifiesto muchas dificultades al respecto. Sin embargo, no debe olvidarse que estos datos pueden encontrarse influenciados por el hecho de que, al haberse realizado el muestreo durante un período invernal, una gran cantidad de las entrevistados hubiesen recurrido a albergues, pensiones o dispositivos similares, los cuales cuentan con lugares adecuadamente habilitados para el aseo.

Los lugares utilizados habitualmente por las PSH para asearse -lavarse, bañarse/ ducharse- durante la última semana aparecen reflejados en la tabla 6.104:

Lugar	Varones (n=251)	Mujeres (n=35)	Total (n=286)
Baño en albergues o centros de acogida	70,8%	77,1%	71,6%
Baño público	23,5%	17,1%	22,7%
Baño privado (Casas particulares)	14,7%	8,8%	14,0%
Fuentes	3,6%	5,7%	3,8%
Baño en lugares públicos (Bares...)	3,2%	2,9%	3,1%
Otros	1,6%	---	1,4%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.104: Lugar habitual en que las PSH en Madrid se asearon durante la última semana.

Tal como se desprende de la tabla 6.104., y sin diferencias significativas en función del género, son los baños de los albergues los lugares más utilizados por las PSH durante la última semana para asearse, con porcentajes similares a los obtenidos en el período de doce meses. Durante la última semana, el segundo lugar más utilizado para asearse fueron los baños públicos, donde acudió en torno a la cuarta parte de las PSH (22,7%), porcentaje sensiblemente inferior al observado para el período de un año, que ascendía al 38,8%. Pero el descenso más sensible se observa en lo referente a la utilización de baños privados -en casas particulares-, lugar al que durante la última semana acudieron el 14% de las PSH mientras que en los doce meses anteriores manifestaron haberlo hecho el 47,2% de las PSH. Tal vez por el frío invernal, en la utilización de fuentes públicas también se observa un severo descenso, siendo durante la última semana utilizadas únicamente por el 3,8% de la muestra, frente al 13,8% que manifestaron utilizarlas a lo largo del último año. Cuestión similar sucede en lo que a la utilización de los servicios en establecimientos públicos -bares, restaurantes, cafeterías...- se refiere, utilizados habitualmente durante la última semana por el 3,1% de las PSH frente al 9,4% que lo utilizó durante el último año.

Las puntuaciones medias obtenidas en relación al número de días que las PSH en Madrid se bañaron -o ducharon-, se lavaron los dientes y se lavaron las manos antes de comer durante la última semana se encuentran reflejadas en la tabla 6.105:

¿En los últimos siete días...	Varones (media) (n = 253)	Mujeres (media) (n = 35)	Total (media) (n =288)
... cuantos días se ha bañado o dado una ducha?*	3,64	4,28	3,72
... cuantos días se ha lavado los dientes?*	3,27	4,39	3,40
... cuantos días se ha lavado las manos antes de comer?*	5,43	6,12	5,51

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

Tabla 6.105: Número medio de días en que se bañaron, lavaron los dientes y lavaron las manos antes de comer las PSH en Madrid.

En la tabla 6.105. se observa que son las mujeres quienes significativamente más días durante la última semana se han bañado -o duchado-, lavado los dientes y lavado las manos antes de comer. Ahora bien, tanto en el caso de los varones como en el de las mujeres las puntuaciones medias obtenidas distan mucho de ser las deseables, que en situación ideal deberían tender hacia 7, indicativo de un cuidado diario de su higiene personal.

Finalmente, se procuró conocer hasta que punto encontrar a lo largo de la última semana un lugar donde poder utilizar urinarios o retretes resultó un problema para los entrevistado, reflejándose los datos obtenidos a este respecto en la tabla 6.106:

Frecuencia	Varones (n=253)	Mujeres (n=36)	Total (n=289)
Muy Fácil	59,7%	52,8%	58,8%
Fácil	13,4%	11,1%	13,1%
Difícil	9,9%	13,9%	10,4%
Muy difícil	15,0%	16,7%	15,2%
Ns/nc	2,0%	5,6%	2,4%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.106: Dificultades de las PSH en Madrid para encontrar un lugar donde poder usar los urinarios y/o retretes durante la última semana.

Sin diferencias significativas en función del género, se observa en la tabla 6.106. cómo un 71,9% de las PSH encontraron “fácil” o “muy fácil” localizar un lugar donde poder usar los urinarios y/o retretes a lo largo de la última semana, frente a un 25,6% a quienes resultó “difícil” o “muy difícil”.

6.5.2. LOS BAÑOS PÚBLICOS.

6.5.2.1. Estado de los baños públicos y satisfacción de los usuarios.

Siguiendo la pauta marcada en los anteriores apartados, fueron considerados como “usuarios” de baños públicos todas aquellas personas que durante los doce meses anteriores a la realización de la entrevista utilizaron, al menos en una ocasión, baños públicos o baños ubicados en albergues para PSH. Por su parte, se consideró “no usuarios” de baños públicos a quienes, a lo largo de idéntico período de tiempo, no hicieron uso de este tipo de dispositivos en ninguna ocasión.

Del total de PSH entrevistadas, fueron adscritos a la categoría “usuarios” el 93,4% de la muestra -93,3% de los varones y 94,2% de las mujeres-, frente a un 6,6% -6,7% de los varones y 5,7% de las mujeres- que engrosaron la categoría “no usuarios”.

Con la intención de profundizar en la percepción que sobre los baños públicos de la ciudad de Madrid tienen las PSH, se solicitó a los usuarios de estos dispositivos la opinión que les merecía diferentes aspectos de los mismos, mientras que, entre los no usuarios, se indagaron los motivos que les impulsaron a prescindir de estos servicios. Para facilitar las respuestas a los entrevistados y su posterior codificación, a quienes fueron adscritos a la categoría de usuarios se les presentaba una tarjeta -ver anexo 5- sobre la que debían señalarse la respuesta que, en mayor medida, reflejara su opinión sobre la cuestión consultada, distribuyéndose las respuestas de 1 a 7, en función de la siguiente escala:

1. Enormemente insatisfecho.
2. Muy insatisfecho
3. Bastante insatisfecho
4. Ni satisfecho ni insatisfecho
5. Bastante satisfecho
6. Muy satisfecho
7. Enormemente satisfecho.

Conviene constatar que, una vez realizados los oportunos análisis,

únicamente se observó la existencia de diferencias significativas entre varones y mujeres en lo referente a la satisfacción sobre el nivel de limpieza y aseo presente en los baños públicos.

6.5.2.1.1. Las condiciones generales de los baños públicos.

Con el fin de evaluar la opinión de los usuarios sobre las condiciones generales de los baños públicos, se les planteó la siguiente cuestión:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de las condiciones generales de este lugar?.

Las respuestas obtenidas a este respecto aparecen reflejadas en la tabla 6.107:

Nivel de satisfacción	Varones (n=237)	Mujeres (n=33)	Total (n=270)
Enormemente insatisfecho	3,4%	6,1%	3,7%
Muy insatisfecho	6,3%	9,1%	6,6%
Bastante insatisfecho	8,0%	6,1%	7,7%
Ni satisfecho ni insatisfecho	20,6%	12,1%	19,6%
Bastante satisfecho	24,4%	27,3%	24,7%
Muy satisfecho	26,9%	24,2%	26,6%
Enormemente satisfecho	10,5%	15,2%	11,1%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.107: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las condiciones generales de los baños públicos.

De los datos recogidos se observa como una gran parte de los usuarios (62,2%) manifestaron sentirse satisfechos sobre las condiciones generales de los centros. Sin embargo, esta valoración tan positiva contrasta con la opinión de un 3,7% que se declaran “*enormemente insatisfechos*” sobre las condiciones generales de los baños públicos, porcentaje inserto dentro del 18% de la muestra que manifiesta algún tipo de insatisfacción.

La puntuación media obtenida del total de usuarios sobre las condiciones generales de los baños públicos se sitúa en 4,80, puntuación cercana al ítem 5, “*bastante satisfecho*”, lo que puede interpretarse como

indicativo de una valoración positiva a este respecto.

6.5.2.1.2. El acceso a los baños públicos.

Con la finalidad de recoger la opinión de los usuarios sobre las facilidades de acceso existentes en los baños públicos, se les planteó la siguiente cuestión:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de las facilidades de acceso?.

Los datos obtenidos al respecto se encuentran reflejados en la tabla 6.108:

Nivel de satisfacción	Varones (n=236)	Mujeres (n=32)	Total (n=268)
Enormemente insatisfecho	1,7%	---	1,5%
Muy insatisfecho	3,8%	---	3,4%
Bastante insatisfecho	5,9%	9,4%	6,3%
Ni satisfecho ni insatisfecho	13,1%	9,4%	12,7%
Bastante satisfecho	27,1%	34,4%	28,0%
Muy satisfecho	34,3%	34,4%	34,3%
Enormemente satisfecho	14,0%	12,5%	13,8%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.108: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre las facilidades de acceso a los baños públicos.

Los resultados permiten observar cómo más de tres cuartas partes de los usuarios, el 76,1%, tienden a situarse entre los ítems “*Bastante satisfechos*” y “*Enormemente satisfechos*”. Frente a estos, un 11,2% manifiesta insatisfacción al respecto. De ellos, tan sólo el 1,5% -en su totalidad varones- indicaron una “*enorme insatisfacción*”, si bien utilizaron estos recursos en alguna ocasión a lo largo del año anterior a la entrevista.

La puntuación media recogida a este respecto se sitúa en 5,21, puntuación que se sitúa por encima del ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”- lo que indica una valoración bastante positiva sobre las facilidades de acceso o admisión que presentan los baños públicos.

6.5.2.1.3. Sobre los usuarios de los baños públicos.

Para conocer la opinión de los entrevistados acerca de los usuarios de baños públicos con quienes comparten estos dispositivos, se planteó la siguiente cuestión:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

del resto de los usuarios?

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.109:

Nivel de satisfacción	Varones (n=235)	Mujeres (n=31)	Total (n=266)
Enormemente insatisfecho	8,5%	6,5%	8,3%
Muy insatisfecho	6,0%	---	5,3%
Bastante insatisfecho	14,0%	6,5%	13,2%
Ni satisfecho ni insatisfecho	30,2%	41,9%	31,6%
Bastante satisfecho	15,7%	22,6%	16,5%
Muy satisfecho	19,6%	12,9%	18,8%
Enormemente satisfecho	6,0%	9,7%	6,4%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.109: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre el resto de usuarios de los baños públicos.

Se aprecia en la tabla 6.109. como, en relación a los usuarios de los baños públicos manifiestan sentirse “insatisfechos” el 26,8% de los entrevistados, frente a un 41,7% que se manifiestan satisfechos a este respecto. Como dato destacable, sin embargo, cabe señalar que un 8,3% de los entrevistados se mostró “*enormemente insatisfecho*” con el resto de usuarios de baños públicos.

La puntuación media obtenida, se sitúa en 4,26, puntuación por encima del ítem 4 “*ni satisfecho ni insatisfecho*”, lo que resulta indicativo de una valoración neutra por parte de los usuarios con respecto al resto de personas con quienes comparten los baños públicos.

6.5.2.1.4. Intimidad en los baños públicos.

La opinión de los usuarios de baños públicos en relación a la satisfacción sobre el nivel de intimidad que permiten estos dispositivos se recogió mediante la siguiente pregunta:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de la intimidad que tiene allí?.

Los datos obtenidos sobre la satisfacción de los usuarios aparecen reflejados en la tabla 6.110:

Nivel de satisfacción	Varones (n=234)	Mujeres (n=31)	Total (n=265)
Enormemente insatisfecho	11,1%	3,2%	10,2%
Muy insatisfecho	4,3%	6,5%	4,5%
Bastante insatisfecho	12,0%	19,4%	12,8%
Ni satisfecho ni insatisfecho	18,4%	9,7%	17,4%
Bastante satisfecho	22,6%	19,4%	22,3%
Muy satisfecho	20,5%	19,4%	20,4%
Enormemente satisfecho	11,1%	22,6%	12,5%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.110: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la intimidad de que disponen en los baños públicos.

El nivel de insatisfacción puesto de manifiesto por los resulta moderadamente elevado. Frente a algo más de la mitad (55,5%) de usuarios satisfechos se opone un 27,5% que se consideran insatisfechos. Especialmente destacable resulta la existencia de un 10,2% de usuarios que se manifiestan *“enormemente insatisfechos”*.

La puntuación media obtenida por el total de los usuarios en relación a la intimidad de que disfrutaban en los baños públicos se sitúa en 4,47, situada entre los items 4 -*“Ni satisfecho ni insatisfecho”*- y 5 -*“Bastante satisfecho”*-, lo que refleja una valoración neutra al respecto.

6.5.2.1.5. Cantidad de espacio disponible en los baños públicos.

Con el ánimo de profundizar en la opinión de los usuarios sobre la cantidad de espacio de que disponen en los baños públicos, se realizó la siguiente pregunta:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de la cantidad de espacio que tiene allí?

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la siguiente tabla 6.111:

Nivel de satisfacción	Varones (n=235)	Mujeres (n=32)	Total (n=267)
Enormemente insatisfecho	4,7%	9,4%	5,2%
Muy insatisfecho	4,3%	12,5%	5,2%
Bastante insatisfecho	11,9%	6,3%	11,2%
Ni satisfecho ni insatisfecho	15,7%	15,6%	15,7%
Bastante satisfecho	31,9%	21,9%	30,7%
Muy satisfecho	22,1%	18,8%	21,7%
Enormemente satisfecho	9,4%	15,6%	10,1%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.111: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la cantidad de espacio de que disponen en los baños públicos.

En la tabla 6.111. se aprecia cómo manifiestan sentirse “*satisfechos*” un elevado porcentaje (62,5%) de los usuarios, frente al 21,6% de “*insatisfechos*”. Un 5,2% de los entrevistados se mostró “*Enormemente insatisfechos*” sobre la cantidad de espacio de que se dispone en los baños públicos.

La puntuación media obtenida del total de usuarios se sitúa en 4,67, por encima del ítem 4 -“*ni satisfecho, ni insatisfecho*”- y cercano al ítem 5 -“*bastante satisfecho*”-, lo que viene a indicar una valoración relativamente positiva en relación a la cantidad de espacio disponible en los baños públicos.

6.5.2.1.6. Libertad en los baños públicos.

La opinión de los usuarios acerca de nivel de libertad de que disfrutan en los baños públicos de Madrid, se recogió mediante al siguiente cuestión:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de la libertad que tiene allí?

Los porcentajes obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.112:

Nivel de satisfacción	Varones (n=233)	Mujeres (n=30)	Total (n=263)
Enormemente insatisfecho	7,7%	10,0%	8,0%
Muy insatisfecho	4,3%	3,3%	4,2%
Bastante insatisfecho	6,0%	16,7%	7,2%
Ni satisfecho ni insatisfecho	20,2%	---	17,9%
Bastante satisfecho	25,8%	33,3%	26,6%
Muy satisfecho	20,6%	16,7%	20,2%
Enormemente satisfecho	15,5%	20,0%	16,0%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.112: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la libertad de que disfrutan en los baños públicos.

En la tabla 6.112. se observa cómo el 62,8% de los usuarios se sienten satisfechos de la libertad de que disfrutan en los baños públicos, frente al 19,4% que manifiestan insatisfacción a este respecto. Sin embargo, pervive en la muestra un 8% de usuarios que se manifiestan enormemente insatisfechos.

La puntuación media obtenida con respecto a la libertad de que disfrutan en los baños públicos se sitúa en 4,75, ubicándose en posiciones cercanas al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, lo que indica una valoración relativamente positiva sobre el tema.

6.5.2.1.7. Nivel de limpieza y aseo en los baños públicos.

La opinión de los usuarios sobre el nivel de limpieza o aseo que presentan los baños públicos se sondeó mediante de la siguiente pregunta:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de la limpieza y aseo que hay allí?

Los datos obtenidos a través la pregunta aparecen reflejados en la tabla 6.113:

Nivel de satisfacción	Varones (n=234)	Mujeres (n=30)	Total (n=264)
Enormemente insatisfecho	7,7%	6,7%	7,6%
Muy insatisfecho	3,8%	13,3%	4,9%
Bastante insatisfecho	9,0%	3,3%	8,3%
Ni satisfecho ni insatisfecho	15,4%	10,0%	14,8%
Bastante satisfecho	23,9%	16,7%	23,1%
Muy satisfecho	26,1%	16,7%	25,0%
Enormemente satisfecho*	14,1%	33,3%	16,3%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.113: Porcentajes de satisfacción de los usuarios sobre la limpieza y aseo en los baños públicos.

Como puede apreciarse en la tabla 6.113., los baños públicos de Madrid parecen tener un nivel de limpieza que satisface a gran parte de sus usuarios. En este sentido se observa que el 64,4% (64,1% de varones y 66,7% de mujeres) manifiestan satisfacción a este respecto, frente a un 20,8% (20,5% de varones y 23,3% de mujeres) que se siente insatisfecho. Puede apreciarse como, de forma estadísticamente significativa, las mujeres se declaran en mayor medida “*enormemente satisfechas*” que los varones. Sin embargo, y pese a la satisfacción general detectada, se observa que un 7,6% de los usuarios se consideran “*enormemente insatisfechos*”.

La puntuación media obtenida sobre el nivel de limpieza y aseo existente en los baños públicos se sitúa en 4,80, puntuación cercana al ítem 5 -“*bastante satisfecho*”-, lo que parece indicar una opinión relativamente positiva por parte de los usuarios a este respecto.

6.5.2.1.8. Temperatura en los baños públicos.

La opinión de los usuarios sobre la temperatura existente en los baños públicos se recogió a través de la siguiente pregunta:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de la temperatura que hay allí?

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.114:

Nivel de satisfacción	Varones (n=234)	Mujeres (n=31)	Total (n=265)
Enormemente insatisfecho	2,1%	9,7%	3,0%
Muy insatisfecho	2,6%	---	2,3%
Bastante insatisfecho	6,0%	3,2%	5,7%
Ni satisfecho ni insatisfecho	12,4%	6,5%	11,7%
Bastante satisfecho	30,8%	35,5%	31,3%
Muy satisfecho	29,9%	22,6%	29,1%
Enormemente satisfecho	16,2%	22,6%	17,0%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.114: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la temperatura que hay en los baños públicos.

La temperatura que hay en los baños públicos es uno de los aspectos que mejor opinión merece de parte de los entrevistados. Así, se observa que el 77,4% de los usuarios se manifiestan satisfechos frente al 11% que se muestran insatisfechos. Sin embargo, sigue existiendo un 3% de entrevistados que se manifiestan *“enormemente insatisfechos”*.

La puntuación media obtenida en relación a la opinión sobre la temperatura en los baños públicos se sitúa en 5,21, cercano superior al ítem 5 - *“Bastante satisfecho”*-, lo que indica una valoración positiva en relación a este tema.

6.5.2.1.9. Nivel de seguridad personal en los baños públicos.

Con el fin de conocer la opinión de los usuarios sobre el nivel de seguridad de que disfrutan en los baños públicos, se les realizó la siguiente pregunta:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de su seguridad personas mientras esta allí?

Los datos obtenidos a este respecto aparecen reflejados en la tabla 6.115:

Nivel de satisfacción	Varones (n=230)	Mujeres (n=30)	Total (n=260)
Enormemente insatisfecho	4,3%	6,7%	4,6%
Muy insatisfecho	4,3%	---	3,8%
Bastante insatisfecho	7,0%	10,0%	7,3%
Ni satisfecho ni insatisfecho	17,8%	16,7%	17,7%
Bastante satisfecho	26,5%	23,3%	26,2%
Muy satisfecho	22,6%	16,7%	21,9%
Enormemente satisfecho	17,4%	26,7%	18,5%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.115: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre su seguridad personal mientras están en los baños públicos.

El nivel de seguridad presente en los baños públicos es positivamente valorada por parte de los usuarios: 66,6% de satisfechos frente a 15,7% de insatisfechos. Sin embargo, resta un 4,6% de usuarios que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” sobre la seguridad de que gozan en estos dispositivos.

La puntuación media obtenida a este respecto por el total de los usuarios se sitúa en 4,96 muy cercana al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, lo que viene indicar una valoración relativamente positiva sobre el nivel de seguridad existente en los baños públicos.

6.5.2.1.10. Atención recibida por el personal de los baños públicos.

La opinión sobre la atención recibida por parte del personal de los baños públicos se procuró conocer a través de la siguiente pregunta:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

de la atención recibida por el personal?

Los datos obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.116:

Nivel de satisfacción	Varones (n=226)	Mujeres (n=28)	Total (n=254)
Enormemente insatisfecho	4,9%	3,6%	4,7%
Muy insatisfecho	4,4%	3,6%	4,3%
Bastante insatisfecho	3,5%	3,6%	3,5%
Ni satisfecho ni insatisfecho	17,3%	10,7%	16,5%
Bastante satisfecho	27,0%	28,6%	27,2%
Muy satisfecho	24,8%	25,0%	24,8%
Enormemente satisfecho	18,1%	25,0%	18,9%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.116: Nivel de satisfacción de los usuarios sobre la atención recibida por el personal de los baños públicos.

El trato dado por el personal que desarrolla su trabajo en los baños públicos merece una evaluación satisfactoria por del 70,9% de los usuarios, frente a un 12,5% que manifestaron su insatisfacción al respecto.

La puntuación media obtenida por el total de los entrevistados con respecto a la atención recibida por el personal de los baños públicos se sitúa en 5,08, puntuación que supera al ítem 5 -“*Bastante satisfecho*”-, indicativo de la existencia de una valoración positiva a este respecto.

6.5.2.1.11. Número de baños públicos en Madrid.

Con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios sobre la cantidad de baños públicos existentes en la ciudad de Madrid, se realizó la siguiente pregunta:

Durante los **últimos doce meses**, y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño...), ¿cómo se ha sentido acerca...

del número de baños públicos existentes en la ciudad de Madrid?

Los datos obtenidos se recogen en la tabla 6.117:

Nivel de satisfacción	Varones (n=152)	Mujeres (n=12)	Total (n=164)
Enormemente insatisfecho	15,8%	25,0%	16,5%
Muy insatisfecho	11,8%	8,3%	11,6%
Bastante insatisfecho	13,8%	33,3%	15,2%
Ni satisfecho ni insatisfecho	21,1%	16,7%	20,7%
Bastante satisfecho	18,4%	8,3%	17,7%
Muy satisfecho	11,8%	---	11,0%
Enormemente satisfecho	7,2%	8,3%	7,3%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.117: Porcentajes de satisfacción de los usuarios sobre el número de baños públicos que hay en la ciudad de Madrid.

Se observa en la tabla 6.117. que el 36% de los usuarios se encuentran satisfechos, frente a un importante grupo compuesto por el 43,3% que entienden que el número de baños públicos en la ciudad de Madrid resulta insuficiente. De entre ellos, destacan un 16,5% que se manifiestan “*enormemente insatisfechos*” a este respecto.

La puntuación media obtenida con respecto al número de baños públicos en Madrid se sitúa en 3,72, la puntuación más baja de entre las cuestiones consultadas, situada por encima del ítem 3 -“*Bastante insatisfecho*”- y por debajo de ítem 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”- lo que viene a indicar una valoración negativa a este respecto.

6.5.2.1.12. Consideraciones generales.

Considerando que las puntuaciones se distribuyen entre 1 y 7 -siendo 1 = *enormemente insatisfecho*, 2 = *muy insatisfecho*, 3 = *bastante insatisfecho*, 4 = *ni satisfecho ni insatisfecho*, 5 = *bastante satisfecho*, 6 = *muy satisfecho*, 7 = *enormemente satisfecho*- se observa, a nivel general, una cierta satisfacción por parte de los usuarios en relación con la mayor parte de los aspectos planteados sobre los baños públicos, sin diferencias significativas entre varones y mujeres. Las puntuaciones medias aparecen reflejadas en la tabla 6.118:

En relación a los baños públicos, y en el caso de haberlos utilizado al menos una vez en los últimos doce meses, los usuarios puntúan a:	Varones (n=235) (media)	Mujeres (n=31) (media)	Total (n=266) (media)
la protección contra el frío o calor que tienen allí	5,21	5,26	5,21
las facilidades de acceso, admisión	5,20	5,25	5,21
la atención recibida por el personal	5,04	5,42	5,08
su seguridad mientras están allí	4,95	5,06	4,96
las condiciones generales de lugar	4,80	4,80	4,80
la limpieza y aseo que hay allí	4,78	4,94	4,80
la libertad que tienen allí	4,75	4,74	4,75
la cantidad de espacio que tienen allí	4,69	4,51	4,67
la intimidad que tienen allí	4,42	4,81	4,47
el resto de los usuarios	4,22	4,55	4,26
el número de baños públicos que hay en Madrid	3,79	2,87	3,72

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.118: Puntuaciones medias de los usuarios sobre aspectos relativos a los baños públicos.

Tal como se desprende de la tabla 6.118., los mayores grados de satisfacción corresponden a la “protección contra el frío o calor” que existe en los baños públicos, a las “facilidades de acceso, admisión” y a la “atención recibida por parte del personal” de los mismos, aspectos que obtuvieron por parte de sus usuarios puntuaciones medias superiores al ítem 5 -“Bastante satisfecho”-. Con puntuaciones medias algo inferiores, pero igualmente situadas muy cercanas al ítem 5, los usuarios califican a la “limpieza o aseo” presente en los baños públicos, “su seguridad mientras están allí”, las “condiciones generales de lugar”, la “libertad que tienen” y la “cantidad de espacio que tienen allí”.

Puntuaciones más neutras, si bien superiores al ítem 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”-, son las referentes a la “intimidad que tienen” en los baños público y al “resto de los usuarios” que utilizan estos dispositivos.

La peor puntuación surge en relación al “número de baños públicos existentes en Madrid”, puntuación claramente negativa que se sitúa entre los ítems 3 -“*Bastante insatisfecho*”- y 4 -“*Ni satisfecho ni insatisfecho*”-.

6.5.2.2. Motivos alegados por los “no usuarios” para prescindir de la utilización de baños públicos.

De cara a indagar sobre de los motivos por los que los “no usuarios” de baños públicos declinan utilizar estos dispositivos, se planteó a los entrevistados adscritos a esta categoría una serie de preguntas que debían ser contestadas en función de si consideraban que los motivos expuestos se ajustaban a su caso. Las únicas opciones de respuesta posibles fueron *Si*, *No* o *Ns/nc*.

Los porcentajes obtenidos en cada uno de los ítems aparecen reflejados en la tabla 6.119:

Motivo de no utilización	Varones (n=17)	Mujeres (n=2)	Total (n=19)
No quiere	47,1%	---	42,1%
Por no necesitar ayuda*	29,4%	100,0%	36,8%
No le gusta el lugar	23,5%	---	21,1%
Porque no conoce ninguno	12,5%	50,0%	16,7%
Por las condiciones higiénicas del lugar	18,8%	---	16,7%
Por las dificultades de acceso (distancia)	11,8%	---	10,5%
Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión)	11,8%	---	10,5%
Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades...)	6,3%	---	5,6%
Por problemas con los usuarios	6,3%	---	5,6%
Porque no se siente seguro	6,3%	---	5,6%
Porque no tiene intimidad	5,9%	---	5,3%
Por problemas de horario	5,9%	---	5,3%
Porque se siente excesivamente controlado	---	---	---
Porque no pueden ayudarle	---	---	---
Porque hace frío o calor	---	---	---
Por problemas con el personal	---	---	---

* $p \leq 0,05$.

** $p \leq 0,01$.

Tabla 6.119: Motivos alegados por los no usuarios para no utilizar los de baños públicos.

El escaso número de personas no usuarias de baños públicos hace difícil extraer conclusiones mínimamente significativas. Junto a ello, la presencia de dos únicas mujeres en esta situación no hace pertinente buscar diferencias significativas en función del género.

Sin embargo, sí resulta interesante constatar que estos “no usuarios” alegaron como principal motivo el simple hecho de “*no querer*” (42,1%), seguido a cierta distancia por “*no necesitar la ayuda*” (36,8%) de estos dispositivos. Ya en menor medida, la circunstancia de que “*no les gusta el lugar*” (21,1%) ocupa el tercer lugar entre las alegaciones realizadas.

Pero tal vez el aspecto más preocupante aparece en el hecho de que más del 16% de “no usuarios” no acuden a los baños públicos por “*no conocer ninguno*” o por deficiencias en las “*condiciones higiénicas*” de éstos. También parece preocupante que más del 10% encuentren dificultades en “*el acceso*” o en los “*criterios de exclusión*” de cara a recurrir a estos servicios.

6.5.3. CONCLUSIONES.

Mantener un aseo e higiene adecuados resulta una cuestión trascendente para cualquier ser humano. Sin embargo, en ocasiones se convierten en un importante problema entre las PSH, puesto de manifiesto en que más del 15% de los entrevistados indicaran problemas de forma frecuente, o muy frecuente, para encontrar lugares en que poder asearse.

Los principales lugares a que las PSH recurren para asearse son los baños públicos (68,9%) y, en menor medida, los baños privados en casas particulares (47,2%). Sin embargo, lamentablemente se observa que nueve de cada cien PSH recurren de manera habitual a las fuentes para poder tener unos mínimos niveles de higiene.

En relación a los baños públicos -lugares más utilizados para el aseo por las PSH en Madrid- sus “usuarios” manifiestan una opinión especialmente

satisfactoria en relación a la *“atención recibida por parte del personal”*, *“las facilidades de acceso y admisión”* y *“la protección contra el frío o calor”*. De forma general, estos dispositivos son percibidos por sus usuarios como sitios aceptablemente limpios, con temperatura adecuada, relativamente seguros, bien situados y gestionados por un personal agradable, con suficiente espacio para poder asearse. Por contra, existe una percepción negativa sobre *“el número de baños públicos que hay en Madrid”*.

Tan solo el 6,6% de las PSH en Madrid declinan utilizar los baños públicos y quienes lo hacen esgrimen de forma principal argumentos tan poco concretos como *“no necesitar ayuda”*, *“no querer”* o *“no gustarle el lugar”*, lo que habla a favor de estos dispositivos. Un pequeño porcentaje de *“no usuarios”* señalaron que no recurren a los baños públicos por *“problemas con el horario”*, las *“dificultades de acceso -distancia...”*, las *“condiciones de acceso -criterios de exclusión-”*, por *“las condiciones higiénicas”*, *“problemas con los usuarios”*, *“por no sentirse seguro”* o por *“no conocer ninguno”*. Finalmente, puede destacarse que ningún *“no usuario”* esgrimió como motivo de no utilización de los baños públicos el que *“no pudieran ayudarle”*, el *“exceso de control”*, el *“exceso de frío o calor”* o *“problemas con el personal”* de estos dispositivos.

6.6. LA UTILIZACIÓN DE OTROS SERVICIOS.

6.6.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA UTILIZACIÓN DE DIFERENTES SERVICIOS.

Tratando de profundizar en el nivel de conocimiento y utilización por las PSH de otros servicios asistenciales - orientados tanto hacia la población general como hacia las PSH-, se realizó a los entrevistados una serie de preguntas. En primer lugar se indagó acerca del conocimiento de los diferentes servicios. Posteriormente, a quienes manifestaban conocer un determinado servicio, se les preguntaba si habían hecho uso del mismo a lo largo del último

año, indagando, posteriormente, acerca de las razones por las cuales personas que manifestaban conocer los diferentes servicios no los utilizaban.

En relación al conocimiento por las PSH de diferentes servicios existentes en la ciudad de Madrid, tras realizar la pregunta *¿conoce algún sitio que proporcione este servicio?*, se obtuvieron los datos que aparecen reflejados en la tabla 6.120:

Servicios	Varones (n=254)	Mujeres (n=35)	Total (n=289)
Centros de Salud	69,3%	67,6%	69,1%
Servicios de Urgencias	61,4%	66,7%	62,1%
Servicios Sociales Generales	47,8%	40,0%	46,9%
Servicios de información para PSH (CEDIA, SITADE,...)**	39,0%	11,4%	35,6%
Centros de Salud Mental*	22,4%	14,3%	21,5%
Unidad Móvil de Emergencia Social (UMES)*	19,0%	2,9%	17,0%

*p = 0,05.

**p = 0,01.

Tabla 6.120: Conocimiento de las PSH de los diferentes servicios en la ciudad de Madrid.

Tal como se desprende de la tabla 6.120., a mayor grado de generalidad de los servicios se observa un mayor conocimiento de éstos por las PSH en Madrid. De esta forma, y sin diferencias significativas en función del sexo, se observa que más del 60% de las PSH conoce los Centros de Salud y los Servicios de Urgencias, servicios ambos destinados a la población general. Los Servicios Sociales Generales, orientados hacia colectivos con una mayor problemática socioeconómica, son conocidos por menos de la mitad de los entrevistados, sin que se observen diferencias significativas entre varones y mujeres.

Pero, cuando se centra la atención en servicios más específicos, se observa que tan sólo el 35,6% de los entrevistados conocen los “servicios de información para las PSH”, el 21,5% los “centros de salud mental” y únicamente el 17% la UMES (Unidad Móvil de Emergencia Social), siendo los varones más conocedores de estos servicios que las mujeres, en todos los casos y de forma estadísticamente significativa.

6.6.1.1. Centros de Salud.

Tal como se apuntó con anterioridad, el 69,1% de las PSH conocían la existencia y ubicación de algún Centro de Salud. A quienes manifestaron conocer el servicio se les preguntó sobre su eventual uso al menos en una ocasión a lo largo de los doce meses anteriores a la realización de la entrevista. Los datos obtenidos a este respecto se recogen en la tabla 6.121:

Utilización	Varones (n=175)	Mujeres (n=23)	Total (n=198)
Si lo utilizó	62,9%	78,3%	64,6%
No lo utilizó	37,1%	21,7%	35,4%

*p = 0,05.

Tabla 6.121: Porcentajes de PSH conocedoras de centros de salud que los utilizaron durante el último año.

Un elevado porcentaje de las PSH en Madrid que conocían los centros de salud utilizaron estos servicios (64%), en tanto que el 35,4% no hizo uso de ellos, sin que se observasen diferencias significativas en función del género. Las razones principales alegadas para la no utilización de los centros de salud se recogen en la tabla 6.122:

Motivos de no utilización	Varones (n=68)	Mujeres (n=7)	Total (n=75)
No necesita ayuda*	88,2%	57,1%	85,3%
No quiere	2,9%	---	2,7%
Por dificultades de acceso	1,5%	---	1,3%
Ns / nc*	7,4%	42,9%	10,7%

*p = 0,05.

**p = 0,01.

Tabla 6.122: Motivos alegados por las PSH conocedoras de centros de salud para no utilizar el servicio a lo largo del último año.

Como por otro lado resulta razonable, el 85,3% de las PSH que manifestaron conocer los Centros de Salud sin haber hecho uso de ellos en los últimos doce meses, indicaron no utilizarlos por no tener necesidad de ellos. Este fue el motivo alegado por un significativamente mayor número de varones que de mujeres.

Si bien el 2,7% de las PSH justificaron la no utilización de los Centros de

Salud por “no querer”, un dato relativamente preocupante se aprecia en un 1,3% que puso de manifiesto no haber podido hacer uso de estos servicios por dificultades para acceder a ellos. Finalmente, destaca la existencia de un porcentaje significativamente superior de mujeres que no saben o no contestan.

6.6.1.2. Servicios de Urgencia.

Tras observar que el 62,1% las PSH conocían los Servicios de Urgencias, se preguntó a los conocedores del servicio sobre su utilización a lo largo del último año detectándose que, sin diferencias significativas en función del género, un elevado porcentaje de sujetos (49,2%) utilizaron en alguna ocasión este servicio, tal como se observa en la tabla 6.123:

Utilización de servicios de urgencia en el último año	Varones (n=154)	Mujeres (n=23)	Total (n=177)
Si lo utilizó	48,1%	56,5%	49,2%
No lo utilizó	51,9%	43,5%	50,8%

*p = 0,05

Tabla 6.123: Utilización de servicios de urgencia en el último año por las PSH conocedoras de los mismos.

Pero, más interesante que conocer el porcentaje de usuarios de estos servicios es averiguar las razones alegadas por quienes no los utilizan, aspecto éste que aparece reflejado en la tabla 6.124:

Motivos de no utilización	Varones (n = 82)	Mujeres (n = 11)	Total (n = 93)
No necesita ayuda	90,2%	81,8%	89,2%
No quiere	2,4%	---	2,2%
Ns / nc	7,3%	18,2%	8,6%

*p = 0,05

Tabla 6.124: Motivos de no utilización de servicios de urgencia por las PSH a lo largo del último año.

Tal como se desprende de la tabla 6.124., sin diferencias significativas en función de género, “no necesitar ayuda” aparece como el principal motivo alegado para la no utilización de los Servicios de Urgencia, motivo aparentemente lógico manifestado por más del 89% de la muestra. Este dato

puede resultar indicativo de que estos servicios, si bien debieran darse a conocer en mayor medida, parecen ser utilizados de una forma adecuada, no existiendo motivos de su no utilización externos a la dinámica lógica del servicio, puesto que únicamente el 2,2% de la muestra manifestó no utilizar el servicio por “no querer”.

6.6.1.3. Servicios Sociales Generales.

Los Servicios Sociales Generales, si bien se encuentran a disposición de la totalidad de la población, orientan su labor fundamentalmente hacia colectivos socioeconómicamente desfavorecidos, lo que los convierte en servicios que debieran tener entre sus usuarios habituales de forma prioritaria a las PSH. Para indagar sobre estos servicios, inicialmente se preguntó al total de las PSH sobre el conocimiento de algún Centro de Servicios Sociales Generales a que poder recurrir en caso de considerarlo necesario. De esta forma se pudo constatar que el 46,9% de la muestra conocían algún servicio de estas características. Obviamente, el hecho de que menos de la mitad de uno de los colectivos de usuarios prioritarios desconozca la existencia de estos servicios denota un nefasto nivel de difusión de información con respecto a los Servicios Sociales Generales, su ubicación y su función.

Ahora bien, entre las PSH que manifestaron conocer el servicio se observó un elevado nivel de utilización a lo largo de los doce meses anteriores a la entrevista, superior al 70%, lo que da idea de la utilidad de estos servicios entre las PSH, tal como se refleja en la tabla 6.125:

Utilización de servicios de servicios sociales en el último año	Varones (n=118)	Mujeres (n=14)	Total (n=132)
Sí lo utilizó*	69,5%	100,0%	72,7%
No lo utilizó*	30,5%	---	27,3%

*p = 0,05.

**p = 0,01.

Tabla 6.125: Utilización de servicios de servicios sociales en el último año por las PSH concedoras de los mismos.

La tabla 6.125. muestra la existencia de diferencias en función del

género, destacando el hecho de que todas aquellas mujeres sin hogar que conocen la existencia de los Servicios Sociales Generales hacen uso de ellos. Por el contrario, entre los varones, el 30,5% no utiliza estos servicios, a pesar de conocerlos, alegando para ello los motivos que se reflejan en la tabla 6.126:

Motivos de no utilización	Varones (n=39)	Total (n=39)
No necesita ayuda	56,4%	56,4%
No quiere	17,9%	17,9%
Por dificultades personales (Vergüenza, falta de habilidades...)	5,1%	5,1%
No le pueden ayudar	5,1%	5,1%
Problemas con el horario	2,6%	2,6%
Porque no le gusta	2,6%	2,6%
Por problemas con el personal	2,6%	2,6%
Ns / nc	7,7%	7,7%

*p = 0,05

Tabla 6.126: Motivos alegados para la no utilización a lo largo del último año de servicios sociales generales por las PSH.

De entrada llama la atención que, pese a su situación de dificultad social, más de la mitad de los varones sin hogar manifiestan como un motivo relevante para no utilizar los servicios sociales generales “no necesitar ayuda”. El segundo motivo por orden de importancia, si bien con una gran diferencia, es el simple hecho de “no querer” recurrir a los servicios. Estos dos motivos, junto con otros alegados tales como la idea de que “no les pueden prestar ayuda” o el hecho de que “no les guste”, tal vez pudieran paliarse con un mayor nivel de información sobre el funcionamiento y tipo de ayudas que pueden facilitar los servicios sociales generales.

Otros motivos, como las “dificultades personales” manifestadas por el 5,1%, los “problemas con el personal” de los servicios (2,6%) o las “dificultades derivadas de los horarios” (2,6%) posiblemente requieran, junto a mayores niveles de información un abordaje más individualizado.

6.6.1.4. Servicios de información para las PSH.

Existen en Madrid algunos servicios orientados a facilitar información, bien a colectivos desfavorecidos -entre los que se encuentran las PSH- como el

SITADE -Servicio de Información Telefónica a Atención a Emergencias-, bien de forma específica a aquellas personas en situación de sin hogar, como CEDIA. En relación a este tipo de servicios de información se observa que únicamente son conocidos por el 35,6% de las PSH -39,0% de los varones y 11,4% de las mujeres-. Y, si de por sí resulta pequeño el porcentaje de quienes conocen el servicio, tan sólo la mitad de éstos utilizaron estos recursos en alguna ocasión a lo largo del último año, tal como se reflejada en la tabla 6.127:

Utilización de servicios de información en el último año	Varones (n=99)	Mujeres (n=4)	Total (n=103)
Si lo utilizó	55,6%	50,0%	55,3%
No lo utilizó	44,4%	50,0%	44,7%

*p = 0,05

Tabla 6.127: Utilización de servicios de información en el último año por las PSH conocedoras de los mismos.

El pequeño número de personas que, aun conociendo la existencia de estos servicios no hicieron uso de ellos, alegaron para ello las razones reflejadas en la tabla 6.128:

Motivos de no utilización	Varones (n=8)	Mujeres (n=2)	Total (n=50)
No necesita ayuda	64,6%	100,0%	66,0%
No quiere	12,5%	---	12,0%
Por dificultades personales (Vergüenza, falta de habilidades...)	6,3%	---	6,0%
Por las condiciones de acceso o admisión	2,1%	---	2,0%
Por dificultades de acceso (distancia...)	2,1%	---	2,0%
Por problemas con los usuarios	2,1%	---	2,0%
Por problemas de seguridad	2,1%	---	2,0%
Porque no le gusta	2,1%	---	2,0%
Porque hace frío o calor	2,1%	---	2,0%
Por problemas con el personal	2,1%	---	2,0%

*p = 0,05

Tabla 6.128: Motivos de no utilización durante el último año de servicios de información entre las PSH que conocían el servicio.

En la tabla 6.128. se observa que la mayor parte de los varones (64,6%) así como las dos únicas mujeres sin hogar que conocían los servicios de información, no hicieron uso de ellos por considerar que “no necesitaban el tipo de ayuda” que estos dispositivos podrían ofrecerles.

Dos cuestiones más, como son “no querer” y “tener dificultades

personales -vergüenza, falta de habilidades...-” son puestas de manifiesto por un cierto número de varones. El resto de las cuestiones fueron contestadas de forma positiva por un único varón cada una de ellas, por lo que no parecen ser aspectos limitantes en el acceso a los servicios de información.

6.6.1.5. Centros de Salud Mental.

Si nos atenemos a los datos aportados por diferentes trabajos, coincidentes al indicar una elevada prevalencia trastornos psicológicos entre las PSH, los Centros de Salud Mental son dispositivos especializados susceptibles de ser utilizados por una importante parte de este colectivo.

Tras observar que de entre las PSH tan sólo el 21,5% conocía algún Centro de Salud Mental y que los varones conocían de forma significativa en mayor medida estos dispositivos -22,4% de los varones frente a 14,3% de las mujeres-, cabe señalar que se detectó una mínima utilización de estos recursos a lo largo del último año, tal como se refleja en la tabla 6.129:

Utilización de centros de salud mental en el último año	Varones (n=57)	Mujeres (n=4)	Total (n=61)
Si lo utilizó	45,6%	75,0%	47,5%
No lo utilizó	54,4%	25,0%	52,5%

*p = 0,05.

Tabla 6.129: Porcentajes de PSH conocedoras de centros de salud mental que los utilizaron en el último año.

Si bien de las cuatro mujeres que dijeron conocer algún Centro de Salud Mental tres de ellas lo utilizaron a lo largo del último año, en el caso de los varones menos de la mitad (45,6%) de los que lo conocían utilizaron el recurso. Tal como se pone de manifiesto en la tabla 6.130., la mayor parte de quienes no utilizaron el servicio –una única mujer y el 93,5% de los varones- alegaron para no hacerlo “no necesitar ayuda”, siendo las otras dos razones -“dificultades de acceso” y “no querer”- alegadas un pequeño número de varones:

Motivos de no utilización entre quienes conocían el servicio.	Varones (n=31)	Mujeres (n=1)	Total (n=33)
No necesita ayuda	93,5%	100%	93,9%
Por dificultades de acceso	3,2%	---	3,0%
No quiere	3,2%	---	3,0%

*p = 0,05.

Tabla 6.130: Motivos de no utilización a lo largo del último año de centros de salud mental por las PSH que conocían el servicio.

6.6.1.6. Unidades Móviles de Emergencia Social (UMES).

La UMES, por ser un dispositivo que centra su actividad en la detección, intervención y atención directa de los Servicios Sociales en la calle, resulta un dispositivo del cual las PSH son uno de sus principales potenciales usuarios.

Tras preguntar a las PSH por el servicio de UMES, se observó que este servicio era conocido por el 17%, detectándose que de forma significativa son en mayor medida los varones que las mujeres quienes lo conocen -19% de los varones versus 2,9% de las mujeres-. Y, si ya de por sí resulta nimio el porcentaje de quienes conocen el servicio, menor aún es el de quienes lo utilizaron alguna vez a lo largo del último año, tal como aparece reflejado en la tabla 6.131:

Utilización de UMES en el último año	Varones (n=49)	Mujeres (n=1)	Total (n=50)
Sí lo utilizó	24,5%	---	24,0%
No lo utilizó	75,5%	100,0%	76,0%

*p = 0,05.

Tabla 6.131: Porcentajes de PSH conocedoras de UMES que las utilizaron en el último año.

De la tabla 6.131. se desprende que tan sólo el 24% de las PSH que conocían las UMES -todos ellos varones- se beneficiaron del servicio en alguna ocasión a lo largo del año. Por su parte, la única mujer que manifestó conocer el servicio y el 73.7% de los varones que no lo utilizaron manifestaron prescindir del servicio por “no necesitar ayuda” de este tipo, tal como se refleja en la tabla 6.132., de donde igualmente se desprende que “no quisieron” utilizarlo el 7,9% de la muestra mientras que el resto de los motivos - “dificultades de acceso” y “problemas con el personal”- sólo fueron alegados

por un único entrevistado:

Motivos de no utilización entre quienes conocían el servicio.	Varones (n=38)	Mujeres (n=1)	Total (n=39)
No necesita ayuda	73,7%	100,0%	74,4%
No quiere	7,9%	---	7,7%
Por dificultades de acceso	2,6%	---	2,6%
Por problemas con el personal	2,6%	---	2,6%
Ns/nc	13,2%	---	12,8%

*p = 0,05.

Tabla 6.132: Porcentajes de PSH concedoras de UMES en función de los motivos de no utilización a lo largo del último año.

6.6.1.7. La obtención de información acerca de los servicios.

Dado el relativamente bajo conocimiento por las PSH de los diferentes servicios, especialmente de aquellos más específicamente enfocados hacia ellos, parece interesante profundizar en cómo adquieren conocimiento de su existencia. A tal fin, se preguntó a los entrevistados acerca de quiénes habitualmente les informan sobre la existencia de los diferentes servicios - albergues, comedores sociales, centros de salud, UMES...-. Los resultados obtenidos aparecen reflejados en la tabla 6.133:

Informadores habituales	Varones (n=249)	Mujeres (n=35)	Total (n=284)
Personas en su misma situación*	46,6%	28,6%	44,4%
Personal de otros recursos*	23,3%	34,3%	24,6%
Amigos	7,6%	11,4%	8,1%
Familiares	0,4%	5,7%	1,1%
Otros	17,7%	14,3%	17,3%
Ns/nc	4,4%	5,7%	4,6%

*p = 0,05.

**p = 0,01.

Tabla 6.133: Porcentajes de PSH en función de quién le informa en generalmente sobre los servicios más habitualmente utilizados por PSH.

Tal como se observa en la tabla 6.133., es a través de “personas en su misma situación” como la mayor parte de las PSH adquieren conocimiento de la existencia de los servicios, si bien se encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres a este respecto. Así, mientras 46,6% de los varones conocieron los servicios a través de este procedimiento, tan solo lo hicieron el 28,6% de las mujeres. Tras las “personas en su misma situación”, la segunda

fuente relevante de información parecen encontrarla las PSH en el “personal de otros recursos”, observándose igualmente diferencias significativas en función del sexo: el 34,3% de las mujeres recurre al personal de “otros servicios” mientras que tan solo lo hacen el 23,3% de los varones. Finalmente, cabe señalar que aproximadamente el 8% obtuvieron la información de los amigos y tan solo el 1,1% de sus familiares.

6.6.2. CONCLUSIONES.

Las PSH, por el hecho de serlo, no pierden su condición de ciudadanos y, como tales, tienen a su disposición una serie de servicios a que recurrir en caso de necesidad. Dado que las necesidades presentes en este colectivo resultan en determinados aspectos aparentemente más apremiantes que las de la población general, las PSH se constituyen en gran medida como potenciales usuarios de determinados servicios. Es por ello que surge el interés en tener constancia del nivel de conocimiento que tienen las PSH sobre diferentes servicios, su nivel de utilización y las causas alegadas para no hacerlo.

Diferentes trabajos indican que las mujeres sin hogar utilizan más servicios, y más habitualmente, que los varones (Calsyn y Morse, 1990; Goering, Wasylenki, Onge *et al.*, 1992; Rossi, 1990; Stovall y Flaherty, 1994). En el presente trabajo se observa que si bien los varones conocen en mayor medida los servicios más específicos -servicios de información, centros de salud mental o UMES-, no se observan diferencias en relación al conocimiento de los servicios de carácter más general -centros de salud, servicios de urgencia o servicios sociales generales-. Por su parte, de entre quienes conocen los servicios, se observa que las mujeres utilizan en mayor medida que los varones únicamente los servicios sociales generales, sin diferencias en cuanto al resto de servicios. Este aspecto puede derivarse de una discriminación positiva a favor de las mujeres, discriminación manifestada en los mayores beneficios que obtienen de los programas disponibles en los servicios sociales generales o en la mayor atención que reciben por parte de los profesionales cuando acuden a estos dispositivos.

De entre los servicios analizados en este apartado, los más conocidos por el colectivo de las PSH son sin duda los servicios de salud (tanto generales como de urgencia) y los servicios sociales generales. De hecho, los centros de salud son también los servicios más utilizados, seguidos por los servicios sociales generales. Paradójicamente, entre los servicios menos conocidos por las PSH se encuentran los orientados específicamente a ellos, tales como UMES o servicios de información, siendo además los menos utilizados.

La mayor parte de quienes no utilizan los servicios, aún conociéndolos, alegan no necesitar el tipo de ayuda que les pueden proporcionar o bien manifiestan simplemente “no querer” recurrir a ellos. Finalmente, cabe señalar que la información sobre la existencia o ubicación de los diferentes dispositivos, en su mayor parte, fue facilitada por personas en la misma situación o por el personal de otros recursos, lo que pone una vez más de manifiesto que no resulta suficiente con implementar servicios para las PSH, sino que se hace imprescindible hacer llegar hasta ellos la información sobre su existencia y los recursos que pueden facilitar.

6.7. EL DINERO: LAS PENSIONES Y AYUDAS ECONÓMICAS.

Una de las cuestiones que en mayor medida caracteriza a las PSH es la carencia, en ocasiones absoluta, de recursos económicos. Esta carencia de recursos les obliga a recurrir a dispositivos asistenciales, donde abastecerse incluso de lo más básico: comida, ropa, útiles de limpieza... Lógicamente, esta carencia de recursos es muchas veces el principal impedimento para acceder a un estilo de vida mínimamente normalizado, imposibilitándoles el acceso a una vivienda, ya sea ésta alquilada o en propiedad.

Para conseguir una normalización en el estilo de vida de las PSH - normalización que debiera pasar por el acceso a una vivienda- lo más interesante sería disponer de un puesto de trabajo suficientemente

remunerado. Pero las elevadas tasas de desempleo, la escasa capacitación laboral o la existencia de dificultades personales -elevada edad, enfermedades, lesiones, alcoholismo, drogadicción...- dificultan el acceso a un puesto de trabajo.

La absoluta carencia de recursos económicos igualmente impide hacer frente a una serie de necesidades tan sencillas de cubrir por la población general como desplazarse por la ciudad -o fuera de ella-, realizar llamadas telefónicas, disponer de ratos de ocio... Esto además de afectar al autoestima de la persona limita en sobremanera el acceso a un estilo de vida mínimamente normalizado.

Dada la importancia que para cualquier persona tiene disponer de un mínimo de dinero, en el presente apartado se analizan las prestaciones, pensiones o ayudas económicas percibida por las PSH, dado que, en ocasiones, es ésta su única fuente de acceso a un mínimo de ingresos, si bien generalmente insuficiente para cubrir las necesidades básicas de las personas que las perciben.

6.7.1. PENSIONES PRESTACIONES Y AYUDAS ECONÓMICAS PERCIBIDAS POR LAS PSH EN MADRID.

Preguntadas las PSH sobre las pensiones, prestaciones o ayudas económicas percibidas se observa que, tal como se refleja en la tabla 6.134. y sin diferencias significativas en función del género, prácticamente tres cuartas partes de las PSH no perciben ningún dinero por estos conceptos, en tanto que el tercio restante percibe alguno de entre nueve diferentes tipos de pensiones, prestaciones o ayudas económicas:

Tipo de pensión, prestación o ayudas recibida	Varones (n=253)	Mujeres (n=36)	Total (n=289)
Sin prestación, pensión, subsidio o ayuda económica	74,7%	69,4%	74,0%
Pensiones			
Invalidez	5,9%	8,3%	6,2%
Jubilación	3,2%	2,8%	3,1%
SOVI	0,4%	---	0,3%
Orfandad, F. Familiares, Viudedad, Clase pasiva civil o militar, FAS o LISMI	---	---	---
Prestaciones			
Ingreso mínimo de inserción (Salario social, IMI)	9,5%	13,9%	10,0%
Desempleo	3,2%	2,8%	3,1%
Enfermedad profesional	0,4%	---	0,3%
Prestación minusválidos	---	2,8%	0,3%
Subsidio de desempleo agrario o Aportación económica por minusvalía	---	---	---
Ayudas			
Otras	1,6%	---	1,4%
Ayudas ayuntamiento	0,4%	---	0,3%
Becas	---	---	---
Ns/nc	0,8%	---	0,7%

* $p \leq 0,05$.

Tabla 6.134: Pensiones, prestaciones y ayudas económicas percibidas por las PSH en Madrid.

Tal como se observa en la tabla 6.134., el desglose de las pensiones, prestaciones o ayudas recibidas por las PSH indica que la prestación en mayor medida percibida es el Ingreso Madrileño de Integración (IMI), prestación que alcanza al 10% de las PSH en Madrid. Tras ella se encuentran las Pensiones de Invalidez, que alcanzan al 6,2% de las PSH, seguidas de las Pensiones de Jubilación y las Prestaciones por Desempleo, percibidas en ambos casos por el 3,1% de la muestra.

6.7.2. EL INGRESO MADRILEÑO DE INTEGRACIÓN (IMI).

Por ser el IMI la prestación a que tienen acceso en mayor medida las PSH en Madrid, y por tratarse de un subsidio destinado específicamente a personas en situación de dificultad o exclusión social, se le dedicará en este apartado una especial atención. Así pues, tras realizar una aproximación a las principales características de las PSH que perciben el IMI (10% de la muestra) se analizará la existencia de eventuales diferencias entre las PSH perceptoras y no perceptoras de esta prestación.

6.7.2.1. Características de las PSH perceptores del IMI en Madrid.

De las PSH que perciben el IMI en Madrid, el 16% son mujeres y el 84% de varones. Más de la mitad (52%) son mayores de 45 años, el 36% tienen entre 30 y 45 años y el 12% son menores de 30 años. Todos los perceptores del IMI son solteros o separados y el 15,4% tienen hijos -entre uno y tres-.

El 76% de las PSH receptoras del IMI se encontraron por primera vez en la situación de sin hogar después de haber cumplido los treinta años. El 80% llevan sin hogar un año o más. Con anterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar, un 28% vivían en un piso en propiedad, alquilado o cedido por familiares o amigos y otro 28% lo hizo en una habitación alquilada, hostel o pensión. El 20% se vieron obligados a abandonar su vivienda por desahucio o derribo de la misma.

El 96% de las PSH receptoras del IMI desarrollaron alguna actividad económica de forma habitual a lo largo de su vida. En el momento de la entrevista, el 16% llevaba desempleado menos de seis meses, el 24% entre seis meses y un año y el 60% más de un año.

En relación al estado de salud cabe señalar que más de la mitad de los perceptores del IMI (56%) se perciben como personas sanas. El 25% manifiestan haber tenido problemas con el consumo de alcohol -en algún momento a lo largo de su vida- si bien el 48% puntúan positivamente en el CAGE -puntuaciones 1 o superiores-, lo que denota problemas actuales relacionados con un consumo excesivo de alcohol. El 8% consumieron heroína los seis meses anteriores a la realización de la entrevista.

Para finalizar, cabe señalar que durante la semana anterior a la realización de la entrevista el 76% pernoctaron en albergues para PSH en tanto que el 24% lo hicieron en zonas públicas o coches.

6.7.2.2. Diferencias entre PSH perceptoras y no perceptoras del IMI.

No se observan diferencias significativas entre perceptores y no perceptores del IMI en función de características sociodemográficas tales como género, edad, número hijos o estudios realizados. Por contra, y en relación a con quienes conviven pese a encontrarse en la situación de sin hogar, se observa que las personas jóvenes o de edad mediana sin hijos que viven solas parecen tener más dificultades para acceder al IMI, tal como se desprende de la tabla 6.135:

Personas con que convive en la actualidad	Cobra el IMI (n=29)	No cobra el IMI (n=260)	Total (n=289)
Vive casado o en pareja y con hijos	--	2,3%	2,1%
Vive casado o en pareja sin hijos	6,9%	4,6%	4,8%
Vive con sus padres	---	0,4%	0,3%
Vive con familiares	---	1,2%	1,0%
Vive solo con sus hijos	6,9%	2,3%	2,8%
Persona mayor que vive sola sin hijos	17,2%	8,8%	9,7%
Persona joven o de edad mediana que vive sola sin hijos*	58,6%	75,4%	73,7%
Vive con amigos	---	3,8%	3,5%
Vive en otra situación	10,3%	1,2%	2,1%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.135: Personas con quienes conviven en la actualidad perceptores y no perceptores del IMI en la situación de sin hogar.

En los aspectos relativos a la historia laboral no se observan diferencias significativas entre perceptores y no perceptores del IMI en lo relativo a la duración de su actividad económica más habitual, el tiempo transcurrido desde el último empleo o la razón fundamental por la que dejó de desempeñar éste. Tampoco aparecen diferencias significativas en relación a la edad de comienzo de la primera actividad económica o el total de meses trabajados a lo largo de la vida. Por contra, en la misma línea de historia laboral, preguntados por la frecuencia con que a lo largo de la vida ejercieron alguna actividad remunerada -o a cambio de prestación- se observa que, entre quienes manifestaron trabajar “a menudo” existe un mayor porcentaje de perceptores del IMI que entre quienes señalaron no haber trabajado “casi nunca”. En este sentido, tal como se desprende de la tabla 6.136., no se observan diferencias significativas entre quienes señalaron haber trabajado “la mayoría del tiempo” a lo largo de su

vida:

Frecuencia	Cobra el IMI (n=29)	No cobra el IMI (n=260)	Total (n=289)
Casi nunca**	---	15,2%	13,6%
A menudo*	33,3%	23,7%	24,7%
La mayoría del tiempo	63,3%	61,1%	61,3%
Ns/nc	3,3%	---	0,3%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.136: Frecuencia en el ejercicio de actividades a cambio de remuneración o contraprestación entre perceptores y no perceptores del IMI.

Asimismo, y tal como refleja la tabla 6.137., quienes manifiestan haber tenido a lo largo de su historia vital problemas severos de desempleo son en menor medida perceptores del IMI que quienes señalaron no haber tenido este tipo de problemas.

Problemas graves de desempleo	Cobra el IMI (n=29)	No cobra el IMI (n=260)	Total (n=289)
Sí*	43,3%	66,5%	64,1%
No*	56,7%	33,1%	35,5%
Ns/nc	0%	0,4%	0,3%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.137: Padecimiento a lo largo de la vida de problemas graves de desempleo entre perceptores y no perceptores del IMI .

No se observan diferencias significativas entre perceptores y no perceptores del IMI en relación a la edad en que se encontraron por primera vez en la situación de sin hogar o el tiempo de permanencia en esta situación.

En relación a algunos de los eventos estresantes padecidos por las PSH no se observan diferencias significativas entre perceptores y no perceptores del IMI en relación a haber sufrido la muerte de la pareja, haber estado en la cárcel o haber desempeñado actividades laborales lejos de su domicilio. Por contra, y tal como se desprende de la tabla 6.138, perciben en mayor medida el IMI quienes perdieron la vivienda en algún momento a lo largo de su historia vital:

Han perdido la vivienda	Cobra el IMI (n=29)	No cobra el IMI (n=260)	Total (n=289)
Sí**	17,2%	13,1%	13,5%
No**	75,9%	86,5%	85,5%
Ns/nc	6,9%	,4%	1,0%

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.138: Haber sufrido la pérdida de la vivienda por perceptores y no perceptores del IMI .

En lo que a disponibilidad de redes sociales se refiere, no se observan diferencias significativas entre perceptores y no perceptores del IMI en relación a tener pareja, familiares o amigos con hogar. El consumo de alcohol o sustancias psicoactivas tampoco parece influir en lo relativo a la percepción del IMI.

Preguntados los entrevistados sobre su ubicación en una escala de 1 a 10 -donde 1 agruparía a los muy pobres y 10 a los muy ricos-, se observa la existencia de diferencias entre perceptores y no perceptores del IMI tal como se desprende de la tabla 6.139:

Cobran el IMI	Cobra el IMI (n=29)	No cobra el IMI (n=260)
Puntuaciones medida en relación a la situación actual personal en un continuo pobreza-riqueza*	3,20	2,74

**p ≤ 0,01.

*p ≤ 0,05.

Tabla 6.139: Puntuaciones medias en relación a la situación personal en el continuo pobreza-riqueza en perceptores y no perceptores del IMI.

La tabla 6.139. muestra como, dentro de la autopercepción generalizada de pobreza que manifiestan las PSH, quienes acceden al IMI se perciben de forma significativa como menos pobres que quienes no tienen acceso a esta prestación.

Para finalizar, cabe señalar que en lo relativo a la utilización de albergues para las PSH, no se encuentran diferencias entre perceptores y no perceptores del IMI.

6.7.2. CONCLUSIONES

El hecho de que prácticamente tres de cada cuatro PSH en Madrid no perciban ningún tipo de ayuda económica, sumado a que la gran mayoría no desarrollan ninguna actividad remunerada, convierte a las PSH en un colectivo en muchos casos absolutamente carente de los mínimos recursos económicos para una vida digna.

Sin embargo, la circunstancia de que una de cada diez PSH perciban el IMI puede inducir al error, dado que la baja dotación de esta prestación impide a todas luces el acceso a una vivienda y tan sólo permite a una muy pequeña parte de las PSH cubrir un mínimo de sus necesidades básicas.

Sin duda, facilitar escasas cantidades de dinero a un pequeño grupo de personas muy necesitadas no es -ni será- la solución al problema de la situación de sin hogar. Sin embargo, en determinadas circunstancias puede ser un importante acicate en el proceso de normalización, dados sus posibles efectos positivos: ropa limpia, mejor alimentación, aspecto más cuidado, facilidad de desplazamiento...

La comparación entre PSH perceptoras y no perceptores del IMI indica que características sociodemográficas tales como género, edad, paternidad o nivel educativo no parecen influir en el acceso a la prestación. Sin embargo, las PSH jóvenes o de mediana edad que viven solas -sin pareja, familiares o hijos- parecen tener mayores dificultades para acceder al IMI que el resto de quienes se encuentran en la situación de sin hogar. Pudiera ser que el primer colectivo tenga mayores dificultades para cumplir los criterios de acceso a la prestación y sean percibidos por los gestores del IMI como menos necesitado al carecer de cargas familiares. De hecho, quienes conviven con su pareja, quienes tienen hijos o las personas de mayor edad presentan una mayor tendencia a percibir el IMI.

Entre los perceptores del IMI se observa que quienes ejercieron “a

menudo” alguna actividad a cambio de remuneración perciben en mayor medida la prestación que los que no trabajaron “casi nunca” -quienes en ningún caso cobran el IMI-, si bien no existen diferencias dentro del grupo que trabajó “la mayoría del tiempo”. En la misma línea, quienes tuvieron problemas graves de desempleo a lo largo de la vida acceden en menor medida al IMI que quienes no sufrieron este tipo de problemas. Estos datos resultan indicativos de que, entre las PSH, quienes en mayor medida acceden al IMI son los que presentan una historia laboral irregular pero con una cierta continuidad. Aquellos que apenas han desempeñado actividades laborales tienen serios problemas para acceder al IMI. Del mismo modo, entre quienes trabajaron de una forma prácticamente continuada durante toda la vida no se dan diferencias en el acceso al IMI. Así pues, es entre quienes presentan un historial laboral irregular pero con fuerte tendencia a desarrollar actividades laborales donde se observan las mayores diferencias porcentuales a favor de quienes acceden a la prestación. Pudiera ser que, quienes han tenido una actividad laboral inestable estén más habituados a solicitar y tramitar subsidios, conociendo en mayor medida los recursos y siendo percibidos por los trabajadores que tramitan la prestación como más necesitados. Sin embargo, parecen ser éstos los únicos aspectos en que surgen diferencias en relación a la historia laboral, ya que el resto de cuestiones observadas no parecen influir a la hora de acceder al IMI. Así, no se aprecia ninguna incidencia relacionada con la edad de comienzo de la historia laboral, el total tiempo trabajado, haber realizado una misma actividad más o menos tiempo, el tiempo transcurrido desde el último empleo o las razones por las que se dejó de trabajar.

Por su parte, quienes perdieron la vivienda parecen tener acceso al IMI en mayor medida que quienes no atravesaron por este evento estresante. Haber dispuesto de vivienda, y haberla perdido, puede movilizar a las PSH hacia un intento de normalización a través del acceso a la prestación.

Como puede parecer lógico, al ser preguntados sobre su ubicación en una escala de 1 a 10 -donde 1 agruparía a los muy pobres y 10 a los muy ricos- tanto perceptores como no perceptores del IMI puntúan bajo, es decir, se

autoperciban como pobres. Pero, dentro de esta autopercepción generalizada de pobreza, quienes acceden al IMI se consideran en menor medida pobres que quienes carecen de acceso a esta prestación. Así, mientras los primeros presenta una puntuación media de 3,20, los segundos sólo alcanzan una puntuación media de 2,74, datos indicativos de que, pese a ser conscientes de sus escasos recursos, los perceptores del IMI consideran que esta aportación eleva -aunque de forma notablemente insuficiente- su nivel de vida.

Finalmente conviene señalar una serie de aspectos que, pese a su importancia, no parecen tener influencia en el acceso al IMI. Así, ni la edad en que llegaron la primera vez a la situación de sin hogar, ni el tiempo de permanencia en dicha situación, ni las redes sociales disponibles, ni el consumo excesivo de alcohol o sustancias psicoactivas parecen tener influencia a la hora de percibir la prestación. Pero tal vez adquiera especial relevancia la ausencia de diferencias significativas entre usuarios y no usuarios de albergues, pues de ello se derivaría que los servicios sociales a que acceden los usuarios a través de los albergues no tienen una especial eficacia a la hora de tramitar la prestación, y ello pese a que en el diseño inicial del programa IMI se consideró a los albergues como una vía relevante para que las PSH pudieran acceder a este servicio.

Capítulo 7

DISCUSIÓN

El presente trabajo se ha orientado hacia los recursos básicos utilizados en mayor medida por las PSH en Madrid, con especial énfasis en aquellos diseñados para cubrir sus necesidades más básicas -refugio, alimento, ropa, aseo, salud, información...-, recursos sobre los que tradicionalmente se han concentrado la mayor parte de los esfuerzos orientados a paliar las necesidades de las personas que se encuentran en la situación de sin hogar (Cabrera, 2000; Foscarinis y Friedman, 1989; *Interagency Council on the Homeless*, 1989; Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985).

La atención a lo largo del trabajo se ha centrado especialmente en los albergues y, en menor medida, en los comedores sociales. Y ello fue así no sólo porque finalmente se desarrollara el muestreo de forma exclusiva en ambos recursos, sino porque son éstos los dispositivos más idiosincrásicos y en mayor medida utilizados por las PSH (Afán, Floriach y Tortosa, 1994; Burt y Cohen, 1989; Cabrera, 2000; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998), cubriendo gran parte de las necesidades inmediatas presentes en este colectivo. Sin embargo, y pese a ser los comedores sociales los recursos asistenciales con mayor porcentaje de utilización (Burt y Cohen, 1989), en el presente trabajo no resultó posible profundizar en la existencia de eventuales diferencias entre usuarios y no usuarios de los mismos, aspecto que sí pudo analizarse en relación a los albergues. La escasa cantidad de PSH que cumplían los criterios para ser clasificados como no usuarios de comedores sociales -tan sólo el 4,5% de la muestra- imposibilitó la obtención de datos concluyentes.

La aproximación a la gran mayoría de los servicios -roperos, baños, servicios de información, servicios sanitarios, subsidios económicos, otros servicios asistenciales, etc.- no se realizó de forma tan exhaustiva como la dedicada a los albergues, dado que, pese a su innegable importancia en la

provisión de ayuda básica, no se encuentran tan específicamente orientados hacia las PSH, ni son utilizados tan masivamente por estos. Junto a ello, debe considerarse que muchos de los servicios disponibles en Madrid -roperos, baños, servicios de salud, servicios sociales, gestión de subsidios económicos...- se encuentran integrados en los propios albergues (Cabrera, 2000; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998) al igual que sucede en gran parte de los países desarrollados (Schutt y Garrett, 1992).

El trabajo realizado se ha apoyado exclusivamente a las opiniones de los usuarios de los servicios objeto de atención, usuarios tanto reales -hacen uso de los servicios- como potenciales -cumplen los requisitos para beneficiarse de los servicios pero no hacen uso de ellos-. En este sentido, diferentes autores vienen señalando que a los servicios no llegan por igual todos sus potenciales usuarios, dándose la paradoja de que las PSH más necesitadas parecen ser las que en menor medida utilizan los recursos (Gelberg, Linn y Leake, 1988; Lamb y Lamb, 1990; McCarthy, 1990; Morse y Calsyn, 1986), alcanzando éstos principalmente a la “élite” de las PSH (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985). Gran parte de las PSH - hasta el 60% en Gran Bretaña- no saben dónde acudir en busca de ayuda o información (Stark, Scott y Hill, 1989) y diferentes estudios señalan que menos del 30% de las PSH obtienen todos los beneficios a que tienen derecho (Stark, Scott y Hill, 1989; Weller, Weller y Coker, 1987), ya sea por déficits personales o por falta de información.

7.1. CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS BÁSICOS POR LAS PSH EN MADRID

La falta de información surge como un importante problema en el acceso a los recursos por las PSH. De hecho, muy pocas PSH llegan a los recursos gracias a la publicidad que de ellos se hace (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985). Es a través de “personas en su misma situación” como la mayor parte de las PSH en Madrid adquieren conocimiento de la existencia y ubicación de los recursos -aspecto ya observado a nivel estatal por Martín Barroso, Alba,

Díaz *et al*, (1985)-, existiendo diferencias entre varones y mujeres: mientras el 46,6% de los primeros conocieron los servicios a través de “personas en su misma situación” tan solo el 28,6% de las mujeres lo hicieron a través de este procedimiento.

La segunda fuente relevante de información la encuentran las PSH en Madrid en el “personal de los diferentes recursos”, observándose en este caso un mayor porcentaje de mujeres que se beneficia de este sistema: el 34,3% de las mujeres consiguen la información de esta fuente en tanto que sólo lo hace el 23,3% de los varones. Aproximadamente el 8% de las PSH en Madrid obtuvieron la información sobre los recursos a través de amigos y a un 1,1% los informaron sus propios familiares. Así pues, considerando los cauces de acceso a la información, puede encontrarse en ellos uno de los motivos por los que los más desfavorecidos presenten mayores dificultades para recabar información -carencia de redes sociales, deficiencias en las habilidades sociales, no utilización de otros servicios, carencia de familiares o amigos...- y, por tanto, sean quienes más privados se vean en el acceso a los recursos.

Los varones sin hogar conocen en mayor medida que las mujeres los servicios más especializados -servicios de información para PSH, UMES o servicios de salud mental-, no apreciándose diferencias en función del género en lo relativo al conocimiento de otros tipo de servicios -centros de salud, servicios de urgencia o servicios sociales generales-. La génesis de estas diferencias puede encontrarse en que son los varones sin hogar quienes mayor contacto tienen con personas en su misma situación -principales informadores sobre los recursos-. Asimismo, el aparentemente mayor deterioro presente entre los varones sin hogar puede hacerlos más llamativos, induciendo a que sean abordados por la UMES en mayor medida, dispositivo que a su vez puede informarles sobre la existencia de otros servicios disponibles.

7.2. UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS BÁSICOS POR LAS PSH EN MADRID.

En el presente trabajo no se observan prácticamente diferencias entre varones y mujeres en la utilización de los recursos básicos. Este aspecto contrasta con datos procedentes de otros trabajos donde se señala que las mujeres en la situación de sin hogar utilizan los servicios en mayor medida y de forma más habitual que los varones (Burt y Cohen, 1989b; Calsyn y Morse, 1990; Goering, Wasylenki, Onge *et al*, 1992; Stovall y Flaherty, 1994; Rossi, 1990). En Madrid, únicamente se observa una mayor utilización por parte de las mujeres de los servicios sociales generales -todas las mujeres que conocían estos servicios los utilizaban-, cuestión que puede derivarse de una “discriminación positiva” hacia las mujeres en estos dispositivos, donde se les oferta una más amplia variedad de posibilidades.

Para una parte importante de las PSH en Madrid -entre un 65% y un 85%, en función del tipo de servicio- no resulta complejo acceder a los diferentes servicios asistenciales. Sin embargo, persiste un remanente de potenciales usuarios que no se benefician de ellos, aspecto que no puede considerarse menor si se tiene en cuenta que más del 22% de las PSH manifiestan problemas para conseguir comida o un lugar donde poder pernoctar, más del 15% indican dificultades para encontrar lugares donde asearse y más del 35% problemas para obtener ropa, cuestiones ellas de todo punto imprescindibles para mantener un modo de vida mínimamente digno. Si a ello se añade que la recogida de datos para la elaboración del presente trabajo tuvo lugar durante un período invernal, y que durante la semana anterior a la realización de la entrevista más del 18% de las PSH durmieron en zonas públicas -y casi el 2% en edificios abandonados-, más del 10% obtuvieron la ropa -y el 1% la comida- en la calle o cubos de basura o que el 7% se asearan en fuentes al aire libre o baños en lugares públicos -bares, restaurantes, cafeterías...-, no cabe duda de que persisten en la ciudad de Madrid PSH con serias dificultades para cubrir sus necesidades más básicas. Ahora bien, al menos en lo referente a la alimentación, y pese a no ser ésta en ocasiones todo lo adecuada que debiera

(Cabrera, 2000), la situación de las PSH en Madrid no resulta tan preocupante como en EE.UU. donde, a nivel general, las PSH no consiguen suficiente para comer o tener dietas suficientemente variadas o de la adecuada calidad para mantener una buena salud (Burt y Cohen, 1989; Rafferty, 1990; *U.S. Conference of Mayors*, 1989)

El porcentaje de PSH que no se beneficia de los recursos resulta especialmente preocupante si se considera la importancia de disponer de albergue, alimento, ropa o posibilidades de higiene personal y las eventuales consecuencias en la salud derivadas de una dieta inadecuada, una mala calidad e higiene de la ropa portada, unos deficientes niveles de aseo corporal o la exposición continuada a las inclemencias del tiempo (Burt y Cohen, 1989; Marpsat y Firdion, 2000a). Junto a ello, debe considerarse el efecto de estas carencias en aspectos tales como las dificultades para la inserción laboral o la generación y mantenimiento de redes sociales (Brooks y Buckner, 1996; Solarz y Bogat, 1990; Unger, Kipke, Simon *et al*, 1998), lo que dificulta notablemente el proceso de normalización personal.

Los dispositivos más idiosincrásicos de entre aquellos enfocados a cubrir las necesidades de las PSH son, sin duda, los albergues. En relación a su utilización habitual, se observan en Madrid diferencias en función del período de referencia temporal: si durante el último año el 38,1% de las PSH utilizó albergues de una forma habitual, durante la última semana lo hizo el 67,7%. Esta notable diferencia en los porcentajes de utilización de albergues puede estar indicando una mayor tendencia a recurrir a estos dispositivos durante el período invernal -período durante el que se llevó a cabo el muestreo- por personas que utilizan para pernoctar habitualmente en otros lugares, bien ante la necesidad de buscar un refugio más adecuado frente al frío, bien por un deterioro en sus posibilidades de acceder a un alojamiento normalizado. En cualquier caso, se desprende de estos datos la existencia de un factor estacional en la utilización de albergues, donde la suavización de las temperaturas parece desincentivar la utilización de albergues: cuando las circunstancias no son adversas algunos usuarios prefieren prescindir de estos

dispositivos. Junto a ello, otro factor que puede estar incidiendo en la estacionalidad es la posibilidad de acceso a trabajos de temporada -recogida de productos agrarios, hostelería...-, actividades que suelen tener lugar fuera de Madrid y que proporcionan unos ingresos que, aunque restringidos, facilitarían una cierta normalización del estilo de vida durante el periodo estival. Estas circunstancias pueden ayudar a explicar la consideración realizada por el Consejo Económico y Social (1997) sobre una cierta infraocupación -a partir de los datos de ocupación anual media- de los albergues a nivel estatal, al producirse una mayor ocupación invernal en zonas urbanas y mayor ocupación estival en zonas rurales y periféricas. En cualquier caso, y pese a la saturación invernal de los albergues madrileños, la demanda de plazas en estos dispositivos no parece alcanzar los preocupantes niveles observados en países de anglosajones (Herman, McGorry, Bennet *et al*, 1989).

La estacionalidad en la ocupación observada en los albergues parece poder trasladarse a los comedores sociales. Señala Cabrera (2000) que en estos últimos, por lo general, los meses de julio y agosto presentan una menor tasa de utilización, en tanto que la actividad se recupera después del verano, a partir de octubre, y se mantiene alta durante todo el invierno. Estos datos parecen avalar la afirmación realizada por Cabrera (2000) de que, para quien está en la calle, parece resultar más apetecible permanecer a la intemperie cuando hace buen tiempo, incluso llegada la hora de comer.

7.3. SATISFACCIÓN DE LAS PSH SOBRE LOS RECURSOS BÁSICOS EN MADRID.

Las manifestaciones realizadas por los usuarios de diferentes recursos acerca de la satisfacción que obtienen de éstos indican que, a nivel general, existe un aceptable concepto de los dispositivos implantados en la ciudad de Madrid. De hecho, preguntados sobre “las condiciones generales” de los diferentes recursos, sus usuarios se manifiestan “bastante satisfechos” con los comedores sociales y baños públicos, mostrándose indiferentes -“ni satisfechos

ni insatisfechos"- con los albergues. Observaciones más puntuales indican que limpieza y temperatura son considerados los aspectos más satisfactorios tanto en albergues como en comedores sociales o baños públicos. Junto a ello, "la atención ofrecida por el personal" que desempeña sus funciones en los dispositivos es considerada "bastante satisfactoria" tanto en albergues, como en comedores sociales, roperos o baños públicos y ello a pesar de la escasez de personal técnico de que adolecen los recursos y el elevado porcentaje de personal voluntario que desarrolla su labor en los mismos (Cabrera, 2000; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998), quienes además manifiestan en un elevado porcentaje estar "quemados" con la labor que desarrollan en los dispositivos (Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985). Los servicios en Madrid son considerados por sus usuarios lugares suficientemente limpios, con una temperatura agradable, donde el personal ofrece un trato adecuado. Y ello aparentemente no sólo en Madrid si se considera que en el trabajo realizado a nivel estatal por Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, (1985) se señala que la falta de higiene en los servicios disgustaba a menos del 15% de los usuarios, en tanto que el trato dispensado por el personal empleado en los recursos únicamente resultaba molesto para un 5% de la muestra.

Por contra, los dos aspectos que más insatisfacción generan entre quienes utilizan servicios en Madrid son el "nivel de intimidad" que permiten los dispositivos y el "resto de usuarios" con quienes se ven obligados a compartirlos, manifestándose tanto los usuarios de albergues como de comedores sociales o baños públicos "bastante insatisfechos" en relación a estos aspectos. En esta misma línea, Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, (1985), observan que los aspectos que más quejas recibían de parte de los usuarios de servicios eran el comportamiento de los que acudían al mismo. El hacinamiento, la falta de intimidad y el comportamiento de ciertos usuarios pueden estar funcionando como disuasores de muchas PSH para recurrir a los dispositivos, efecto ya observado por diferentes autores dentro y fuera de nuestro país (Cabrera, 2000; Grunberg y Eagle, 1990). Considerando la necesidad que imponen los albergues de compartir con desconocidos comedores, salas de esparcimiento e incluso lugares que tanto afectan a la

intimidad como dormitorios o aseos, y dadas las peculiares características presentes en muchos de los usuarios, la convivencia puede resultar sumamente delicada, convirtiéndose en ocasiones en foco de fuerte incomodidad. Por ello, no es de extrañar que buena parte del descontento en relación a dispositivos como los albergues surja en relación a estas cuestiones. Consideración aparte merece la nefasta percepción que los usuarios de servicios tienen sobre el número de dispositivos -albergues, comedores sociales, baños públicos, roperos...- existentes en Madrid. Esta sistemática insatisfacción refleja la escasez de recursos percibida por las PSH, aspecto que objetivamente se pone de manifiesto, por ejemplo, en la saturación que se produce en diferentes servicios durante los periodos invernales.

Si se centra la atención en servicios a disposición de las PSH que no son utilizados de forma tan masiva por éstos, se observa que entre los más conocidos se encuentran los servicios de salud, tanto generales como de urgencia. De hecho, son los centros de salud unos de los servicios que en mayor medida conoce y utiliza este colectivo, probablemente debido a la elevada prevalencia de problemas de salud observada entre las PSH (Clatts y Davis, 1999; Lucas, Batista, Borrás *et al* 1995; Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Rico, Vega y Aranguren, 1994; Vega, 1996; Ropers y Boyer, 1987). La gratuidad del sistema de salud público español parece alcanzar a las PSH, quienes conocen y utilizan habitualmente los servicios sanitarios, a diferencia de lo que sucede en países cuyas estructuras sanitarias presentan un carácter eminentemente privado (Wilkinson, 1993). Paradójicamente, entre los servicios menos conocidos por las PSH se encuentran aquellos más específicamente orientados a ellos, tales como la UMES (Unidad Móvil de Emergencias Sociales) o servicios de información a PSH (SITADE), siendo además estos recursos muy escasamente utilizados por quienes tienen conocimiento de su existencia.

7.4. MOTIVOS DE NO UTILIZACIÓN DE RECURSOS BÁSICOS POR LAS PSH EN MADRID.

No todos los potenciales usuarios de los recursos recurren a éstos para cubrir sus necesidades básicas (Cabrera, 2000; Bachrach, 1992; Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985; Reed y Klee, 1999). A partir de esta constatación surge la necesidad de profundizar en los factores que disuaden a quienes no acuden a los servicios, buscando corregir la existencia de eventuales problemas que retraigan de su utilización. Ahora bien, resulta decepcionante que el principal motivo alegado para prescindir de los recursos de Madrid sea “no querer utilizarlos”, seguido por la consideración de “no necesitar la ayuda” que pueden proporcionar. Estos dos motivos son los alegados en mayor medida tanto como disuasores de la utilización de albergues y comedores sociales como de baños públicos, roperos, centros de salud, servicios de urgencia, servicios sociales generales, servicios de información, centros de salud mental y UMES. En esta línea, Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, (1985) encontraron a nivel estatal que el principal motivo de no utilización de servicios, alegado por el 37% de los entrevistados, era “tener resuelto los problemas de alojamiento o comida”, seguido por “preferir vivir a su aire y resolverse sus problemas”, puesto de manifiesto por el 26%. Desafortunadamente, estos motivos aportan poco de cara a poder realizar una mejora de los servicios. Algo similar ocurre con el tercer motivo alegado por los no usuarios: “no gustarles el lugar”.

Sí resulta un dato de interés el hecho de que, por “no conocer ninguno”, más de 15% de las PSH no acude a los baños públicos, más del 12% no acude a los roperos y más del 7% no utiliza los albergues. La información, una vez más, parece llegar con dificultad a parte de los potenciales usuarios - probablemente los más necesitados- quienes se ven en dificultades para cubrir una serie de necesidades básicas. De hecho, como se apuntó con anterioridad, la información sobre la existencia o ubicación de los diferentes dispositivos es obtenida por las PSH principalmente de personas en su misma situación o del personal de otros recursos. Así pues, no es suficiente con implementar

servicios para las PSH, ya que resulta imprescindible hacer llegar hasta ellos información, al menos, sobre su existencia, ubicación, recursos que facilitan y criterios de acceso y admisión.

Los “problemas con el horario” aparecen como otro importante disuasor, siendo alegados por más del 15% de los no usuarios como motivo para no acudir a comedores sociales y por más del 25% para no recurrir a albergues. Aparentemente, algunos potenciales usuarios parecen no poder -o no querer- someterse a la disciplina horaria impuesta por los servicios, si bien dista mucho de ser una importante causa de no utilización a diferencia de lo que ocurre en otros países, donde las barreras de acceso y la excesiva importancia que se da a las reglas de funcionamiento de los servicios disuade de su utilización a una elevada cantidad de potenciales beneficiarios (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989; Hopper, 1990). En Madrid, una parte de las PSH no usuarias de albergues encuentran en el horario de estos dispositivos un importante problema para compatibilizar el uso de los mismos con su “estilo de vida”, ya sea por sus problemas de alcoholismo o toxicomanías –de hecho el análisis de homogeneidad realizado asocia la utilización de albergues con la ausencia de problemas derivados del consumo de alcohol, heroína o cocaína- o porque obtienen sus ingresos mediante estrategias poco compatibles con el horario de los albergues: ejerciendo la prostitución, “trapicheando”, delinquiendo... Sin embargo, este efecto no parece ser exclusivo de Madrid. De hecho, señalan Hannappel, Calsyn y Morse (1989) que a los centros de baja exigencia (abiertos las 24 horas del día, sin apenas reglas –únicamente no consumir alcohol y no pelearse- y donde se puede entrar y salir sin restricciones), los usuarios no habituales de albergues acuden en gran medida cuando el tiempo es frío, al sentirse en ellos más libres. En la misma línea, observan De Rosa, Montgomery, Kipke *et al* (1999) que los albergues de baja exigencia son los servicios más utilizados por los jóvenes londinenses en la situación de sin hogar. En lo relativo a los comedores sociales, los problemas asociados al horario de éstos y su difícil compatibilidad con un estilo de vida normalizado -desempeño de actividades económicas, búsqueda de empleo...- han sido señalados por Cabrera (2000), pudiendo estar esta cuestión en la base de su

no utilización por parte de algunos potenciales usuarios.

En los albergues de Madrid, los “problemas con el resto de usuarios” aparecen como un importante disuasor de su utilización, tal como manifiestan más del 40% de las PSH que prescinden de estos servicios. Esta cuestión no resulta sorprendente si se considera que “el resto de usuarios” es uno de los aspectos que genera mayores niveles de insatisfacción entre quienes utilizan los albergues madrileños. Una importante razón de ello puede encontrarse en que la mayoría de los albergues se han convertido en un “cajón de sastre” (Floriach y Tortosa, 1994; Paddgett, Struening, Andrews *et al*, 1995) que en muchas ocasiones dan cobijo a personas de “difícil convivencia”, lo que unido al hacinamiento y la falta de privacidad existente en muchos centros (Cabrera, 2000; Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985) puede generar situaciones desagradables o incómodas que muchos potenciales usuarios eluden prescindiendo de estos servicios. En este sentido, Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) llegan a referirse a los albergues como “... *“pozos negros” donde se mete a todos los que no encuentran sitio en otras instituciones*”. No debe olvidarse que la carencia de dispositivos donde atender a enfermos mentales crónicos, enfermos terminales, toxicómanos en proceso de desintoxicación, personas mayores carentes de recursos, mujeres maltratadas, expresidarios... hace que en los albergues se concentren personas con muy variadas características, con la inevitable incidencia que ello puede tener en la convivencia.

Junto a la necesaria dotación de servicios específicos en cantidades suficientes para los diferentes colectivos con carencias, señalan Pérez y Blajot (1994) que resultaría de gran importancia para paliar problemas como los derivados de la convivencia dotar a los albergues de infraestructuras y tamaños adecuados, duración flexible de la estancia, etc., evitando convertirlos en cronificadores de la situación de sin hogar, dado que, en ocasiones, se promueve un arraigamiento de las PSH en el mundo de los albergues alterando las posibilidades de realizar un proceso de normalización (Grunberg y Eagle, 1990) y generando una fuerte estigmatización (Kaplan, 1999).

Una parte de las PSH no recurren, aún conociéndolos, a servicios de los que podrían extraer diferentes tipos de ayuda: servicios de salud, servicios sociales, servicios de información... Entre los motivos más alegados por quienes prescinden de utilizar estos recursos destaca “no necesitar el tipo de ayuda que les pueden proporcionar” o, simplemente, “no querer” recurrir a ellos. En cuanto a la primera aseveración, no tener problemas de salud puede entenderse como razón suficiente para no recurrir a los servicios sanitarios. Sin embargo, difícilmente puede considerarse que estas personas no necesiten en ningún momento la ayuda de servicios sociales generales o servicios de información específica. En este sentido, puede encontrarse una causa de no utilización de los servicios señalados en la gran afluencia de las PSH a los albergues que, habitualmente, disponen de servicios sanitarios básicos, trabajadores sociales y capacidad de facilitar información. Así, la integración de diferentes servicios en los albergues (Cabrera, 2000; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998) puede estar alejando a las PSH de aquellos servicios dirigidos al conjunto de la población, encontrando gran parte de la ayuda necesaria en los propios albergues. Tal vez por ello, los servicios sociales generales no se ven empujados a diseñar programas orientados específicamente hacia las PSH, lo que repercute en su distanciamiento de ellos. Además, la sobrecarga de demandas hace que en muchos casos las PSH ni siquiera se acerquen al centro de servicios sociales y, cuando se acercan, se les dé cita para uno o varios meses o se les pida una documentación que, aunque simple, resulta difícil conseguir.

7.5. DIFERENCIAS ENTRE PSH USUARIAS Y NO USUARIAS DE ALBERGUES EN MADRID.

En lo que atañe a las diferencias observadas en Madrid entre usuarios y no usuarios de albergues, la base de ellas puede encontrarse en la presencia de factores que dificulten a los segundos recurrir a los dispositivos. De igual manera, las diferencias observadas pueden indicar que la utilización de estos dispositivos genera diferencias entre ambos colectivos.

Entre los aspectos que limitan el acceso a los albergues podrían encontrarse algunos de carácter sociodemográfico -los casados utilizan en menor medida los albergues que quienes viven solos y sin hijos; los extranjeros utilizan menos los albergues que los españoles-, de carácter laboral -quienes fueron despedidos utilizan en mayor medida los albergues que quienes finalizaron su contrato-, relacionados con la historia vital de las PSH -los “usuarios” se encontraron por primera vez sin hogar a una edad más avanzada, cambiando de ciudad de residencia en menos ocasiones que los no usuarios de albergues- o relacionados con los sucesos vitales estresantes padecidos a lo largo de la vida -los usuarios de albergues han perdido en un mayor porcentaje algún progenitor, en tanto que los no usuarios en mayor medida se fugaron de su casa, han sufrido enfermedades, lesiones o accidentes graves y han perdido su pareja-.

A diferencia de lo observado en ciudades de EE.UU. como San Luis (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989) o Milwaukee (Rosnow, Sahw y Concord, 1986) o en ciudades Europeas como París (Marpsat y Firdion, 2000) donde el porcentaje de mujeres que duermen en la calle es sensiblemente inferior al de varones en su misma situación, en Madrid no se observan diferencias significativas en la utilización de albergues en función del género.

Los albergues madrileños no se encuentran diseñados para la vida en pareja, imposibilitando de todo punto la vida en familia. Esta cuestión dificulta en gran medida la creación y consolidación de redes sociales sólidas, anulando de esta manera una importante fuente de normalización (Jackson-Wilson y Borgers, 1993; Sarason, Sarason y Pierce, 1990; VanGeest, Johnson y Warnecke, 2000). En este sentido, Martín Barroso, Alba, Díaz *et al* (1985) señalan que el funcionamiento y la estructuración de los servicios se encuentra orientada a la atención de casos individuales, obligando a las unidades familiares a procurarse por su cuenta los recursos que les permitan satisfacer, simultáneamente, sus necesidades y la convivencia familiar. Una vez más, parece interesante resaltar la necesidad de habilitar una mayor cantidad de

recursos donde las parejas y familias pudiesen permanecer unidas, tal como se viene realizando desde hace años en países como EE.UU. (Bassuk, Buckner, Weinred *et al*, 1997; D'Ercole y Struening, 1990) donde, a principios de los años ochenta, prácticamente ninguna cama de albergue se encontraba destinada a familias (Burt y Cohen, 1989b).

En relación a los aspectos laborales, se observa en Madrid que aquellas PSH que fueron despedidas de su último empleo recurren en mayor medida a los albergues que quienes relacionan la pérdida del mismo con la finalización de su contrato. Este dato, de difícil explicación, es el único que diferencia a usuarios de no usuarios de albergues en lo relativo a cuestiones laborales. De hecho, en Madrid no se observan diferencias como las encontradas en otros contextos sociales donde los usuarios de albergues presentan mayor tendencia a haber desarrollado actividades laborales (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989) o a haber estado períodos más largos de tiempo empleados que los no usuarios de estos dispositivos (Hannappel, Calsyn y Morse, 1989; Roth y Bean, 1986).

Los usuarios de albergues madrileños se encontraron por primera vez sin hogar a una edad más avanzada que los no usuarios de estos dispositivos. Así mismo, los primeros cambiaron de ciudad de residencia en menos ocasiones que los segundos, datos coincidentes con los aportados por Hannappel, Calsyn y Morse (1989) quienes señalan que las PSH que utilizan de forma poco frecuente los albergues habitan en direcciones fijas durante períodos de tiempo menores que quienes utilizan estos servicios de una forma moderada o alta.

Si bien son muy diversos los factores por los que las PSH no recurren a los albergues, uno de los aspectos que pueden estar incidiendo en la aparición de las diferencias entre usuarios y no usuarios de estos dispositivos puede encontrarse en el consumo de drogas, especialmente heroína y, en menor medida, cocaína. En este sentido, el 19,4% de la muestra consumió en alguna ocasión heroína a lo largo de su vida -porcentaje que asciende al 25,3% en relación a la cocaína- observándose que, quienes han consumido estas

sustancias durante los últimos seis meses, utilizan significativamente en menor medida los albergues. En esta misma línea, el análisis de homogeneidad asocia la utilización de albergues a la ausencia de consumo de heroína o cocaína, al menos durante los seis meses anteriores a la realización de la entrevista. La no utilización de albergues por los consumidores de heroína y cocaína puede derivarse de diferentes aspectos. Por un lado, la normativa de los centros impide el consumo de drogas y las normas horarias en los mismos dificulta su obtención. Asimismo, los problemas de convivencia con los toxicómanos resultan habituales, siendo generalmente rechazados por el resto de usuarios de albergues. También este subgrupo suele ser más joven que la media de las PSH, necesita una gran cantidad de tiempo para conseguir diariamente el dinero necesario y no perciben como necesidades prioritarias dormir en un sitio cómodo ni alimentarse adecuadamente. Esta falta de interés en la utilización de los albergues y los servicios que éstos ofertan por parte de los toxicómanos ha sido constatada por diferentes autores (Dockett, 1989; Farr, Koegel y Burnam, 1986; Mulkein y Bradley, 1986)

El consumo de drogas permite igualmente explicar otras diferencias encontradas entre usuarios y no usuarios de albergues en Madrid. Por ejemplo, el inicio temprano de la edad de consumo, especialmente en el caso de los consumidores de heroína, ayuda a explicar la fuga del hogar familiar o la mayor exposición a accidentes, enfermedades o lesiones así como la presencia de unos peores índices de salud entre los no usuarios de albergues.

En lo relativo a las redes sociales, los no usuarios de albergues manifiestan encontrarse más satisfechos que los usuarios de sus relaciones con familiares, amigos u otras PSH, consideran que su familia se preocupa más por ellos y les prestan en mayor medida ayuda frente a los problemas serios. También los no usuarios manifiestan en mayor medida compartir con amigos actividades y diversiones. De hecho, el análisis de homogeneidad realizado asocia la no utilización de albergues con disponer de unas mayores redes sociales, tanto en relación con colectivos “normalizados” -familiares, pareja o amigos con hogar- como con otras personas en su misma situación.

Llama la atención que sea el grupo de personas con un estilo de vida generalmente más desestructurado -los “no usuarios de albergues”- quienes manifiesten disponer de mayores y mejores redes sociales. Como eventuales explicaciones se han señalado aspectos como la existencia de posibles distorsiones cognitivas o deseabilidad social ante los entrevistadores (Guarnaccia y Henderson; 1993). Sin embargo, no puede olvidarse que quienes no utilizan albergues se encuentran expuestos a una mayor cantidad de peligros y dificultades, siendo además toxicómanos en mayor medida los no usuarios. Estos motivos supondrían una importante fuente de preocupación para los familiares cuando persiste un cierto contacto entre ellos. Si bien se ha especulado sobre el hecho de que muchas PSH no utilizan los albergues al disponer de unas adecuadas redes sociales informales (Mulkein, Brandley, Spence *et al*; 1985), Roth y Bean (1986) encontraron que las PSH no usuarias de albergues disponen de menos “personas con las que contar”, postura apoyada por Hannappel, Calsyn y Morse (1989) quienes señalan una mayor necesidad de apoyo social entre los no usuarios de albergues.

La utilización de albergues por las PSH en la ciudad de Madrid parece generar efectos positivos en la cobertura de sus necesidades básicas. En este sentido, los usuarios de estos dispositivos apenas manifiestan problemas para conseguir comida o ropa y tiene menos dificultades para su aseo personal o para utilizar urinarios o retretes que los no usuarios, accediendo en mayor medida a otros servicios. Del mismo modo, la utilización de albergues parece revertir de forma positiva en la salud: los usuarios presentan menos problemas para conciliar el sueño debido al frío, manifiestan menos dolores de espalda o huesos y han padecido en menor medida hepatitis o ictericia. De hecho el análisis de homogeneidad realizado asociaba la utilización de albergues con la existencia de mejores niveles de salud general. Posiblemente también como consecuencia de la utilización de albergues, los usuarios de estos servicios en Madrid sufren menos robos o agresiones, ven de forma más regular la televisión y tienen en mayor medida su documentación y seguros sanitarios en regla.

Los aspectos anteriormente señalados resultan lógicos si se considera que en los albergues generalmente se disfruta de una cobertura de las necesidades básicas, una adecuada temperatura y un cierto control médico (Cabrera, 2000; Martín Barroso, Alba, Díaz *et al*, 1985; Muñoz, Vázquez y Vázquez, 1998). Por ello, y a nivel general, los usuarios de albergues se encuentran mejor alimentados, presentando mayores niveles higiénicos y ropa en mejores condiciones, aspectos que redundan directamente en su salud y autoestima. Los albergues son también percibidos como lugares más seguros que las calles, donde los problemas padecidos parecen tener una menor trascendencia. Junto a ello, la presencia de trabajadores sociales -o al menos la disponibilidad para contactar con los servicios sociales generales- facilita a los usuarios de los albergues madrileños mantener en gran medida su documentación en regla y disponer de acceso a la Seguridad Social. Parece que, al menos en estos aspectos básicos, los albergues cumplen un papel de importancia para sus usuarios.

Diferentes trabajos vienen señalando que la utilización de albergues impulsa en gran medida la utilización de otros servicios, encontrándose los no usuarios de albergues generalmente fuera de el “circuito de ayudas sociales” (De Rosa, Montgomery, Kipke *et al.*, 1999; La Gory, Fitzpatrick y Ritchey, 1990; La Gory, Ritchey y Fitzpatrick, 1991; Marpsat y Firdion, 2000a). En la ciudad de Madrid la situación resulta similar, siendo los usuarios de albergues quienes mayores beneficios extraen de la red de recursos. Posiblemente, integrarse en la red de recursos facilita el conocimiento de nuevos dispositivos -con los servicios que pueden aportarles-, más fuentes de información y más eventuales informantes -muchos de ellos cualificados-. Estos datos ponen una vez más de manifiesto la necesidad de divulgar la información sobre los servicios especialmente entre las PSH que todavía no han podido acceder a la red asistencial.

7.6. PERCEPCIÓN DE AYUDAS ECONÓMICAS POR LAS PSH EN MADRID.

En lo que a la percepción de ayudas económicas se refiere, cabe señalar que prácticamente una de cada diez PSH percibe el Ingreso Madrileño de Integración (IMI), siendo ésta la prestación más extendida de entre las percibidas por las PSH en Madrid. Sin embargo, no debe olvidarse que la baja dotación de este subsidio no posibilita el acceso a un estilo de vida normalizado, imposibilitando de todo punto tanto el acceso a una vivienda como la cobertura de la mayor parte de necesidades básicas. Así, el IMI tan sólo facilita a una mínima parte de las PSH cubrir un mínimo de sus necesidades básicas.

Entre usuarios y no usuarios de albergues no se observan diferencias en cuanto a la percepción del IMI, frente a lo que podría esperarse considerando que los albergues se concibieron en el diseño inicial del Programa IMI como una vía relevante para facilitar el acceso a esta prestación de las PSH. La asistencia social a que acceden los usuarios por mediación de los albergues no parecen tener una especial eficacia a la hora de tramitar el IMI, pese a que, tal como señalaba la Consejería de Integración Social (1993) el acceso al IMI por las PSH, pese a su dificultad, era un objetivo del programa de rentas mínimas.

Considerando las diferencias observadas entre perceptores y no perceptores del IMI, se observa que las PSH jóvenes o de mediana edad que viven solas son quienes parecen tener mayores dificultades para acceder a esta prestación, bien por resultarles más complejo cumplir los criterios de inclusión, bien por ser percibidos por los gestores como menos necesitados al carecer de cargas familiares. Por contra, quienes de forma significativa parecen acceder en mayor medida a la prestación son las PSH que perdieron la vivienda o que presentan una historia laboral irregular pero con fuerte tendencia a haber desarrollado actividades laborales con continuidad. De alguna forma parece que desde el IMI se prima a las PSH que, con ciertas cargas familiares -hijos, cónyuges...- han llegado a la situación de sin hogar desde situaciones con una cierta normalización, quizás al considerar a estos

colectivos con más posibilidades de normalizar su estilo de vida. Junto a ello no puede descartarse que quienes dispusieron de vivienda y la perdieron, o quienes han tenido una actividad laboral inestable, se encuentren más habituados a solicitar y tramitar subsidios, conociendo en mayor medida los recursos y siendo percibidos por los trabajadores sociales como más necesitados.

Capítulo 8

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

8.1. CONCLUSIONES.

El presente trabajo se ha centrado en los recursos básicos de atención utilizados en mayor medida por las PSH en Madrid para paliar sus necesidades: albergues, comedores sociales, baños públicos, roperos, servicios sanitarios -generales y de urgencia- y servicios sociales -UMES, servicios sociales generales e Ingreso Madrileño de Integración-. Para la obtención de datos se ha acudido a la perspectiva de los propios usuarios, tanto reales – aquellos que utilizan los recursos- como potenciales –aquellos que cumplen los requisitos para poder utilizar los recursos pero prescinden de ello-.

A nivel metodológico, hay que señalar que el trabajo se realizó sobre una muestra representativa de las PSH en la ciudad de Madrid, extraída de la totalidad de recursos integrados en la red de comedores sociales y albergues para PSH. Mediante esta estrategia se accedió a una muestra representativa del 97% de las PSH en Madrid, conforme a las conclusiones puestas de manifiesto tras la realización de una noche de muestreo -“noche S”- y conociendo el número de plazas ocupadas en los recursos madrileños. La muestra fue ponderada matemáticamente en función de la probabilidad de cada PSH de ser incluida en la muestra en cada uno de los centros y de la probabilidad de la persona de ser contactada por duplicado en dos diferentes recursos. El instrumento utilizado en el trabajo, en buena medida diseñado a partir de instrumentos empleados en trabajos nacionales e internacionales previos, resultó totalmente aplicable a las características de las PSH en Madrid, aspecto que facilitó notablemente la obtención de datos.

Con carácter general, y pese a las dificultades para generalizar los resultados obtenidos más allá de la ciudad de Madrid, a partir del trabajo

realizado cabe extraer una serie de conclusiones en relación a diferentes aspectos a continuación recogidos.

8.1.1. LA MUESTRA.

La muestra de PSH entrevistadas durante la “noche S” resultó equivalente, en lo relativo a variables como género, edad o procedencia, a la muestra de PSH entrevistadas en albergues y comedores sociales. Este aspecto induce a pensar que, en Madrid, las personas que una noche cualquiera duermen en la calle pertenecen a la misma población que las que pueden encontrarse ese mismo día en los albergues o comedores sociales.

La gran mayoría de las PSH en Madrid son varones, solteros o separados, de nacionalidad española y viven solos. En su mayoría superan los estudios de primer grado, existiendo tan sólo un 3,6% que no saben leer. En cuanto al tiempo de permanencia en la situación de sin hogar existe una gran variabilidad: si bien la estancia media en dicha situación se sitúa en torno a los cuatro años y medio, persisten junto a los recién llegados a esta situación personas con más de una década sin hogar. Algo similar sucede en relación a la edad de las PSH: si la media de edad se sitúa en torno a los cuarenta años, las edades oscilan desde los diez y ocho años –límite de edad impuesto por el criterio de inclusión en la muestra- a más de sesenta y cinco.

La mayor parte de las PSH de la muestra han desempeñado en alguna ocasión actividades laborales, siendo la media de tiempo trabajando superior a los diez años, cantidad especialmente elevada considerando que la media de edad se sitúa en torno a los cuarenta años. Ahora bien, la variabilidad a este respecto es muy elevada, observándose desde personas que jamás han desarrollado actividad alguna de carácter económico hasta personas con más de 40 años de vida laboral. En el momento de la entrevista tan sólo un 2,6% de las PSH en Madrid disponían de un empleo reglado, si bien casi uno de cada cuatro manifestaban desarrollar algún tipo de trabajo de carácter irregular, siendo el 79,8% parados de larga duración con más de un año en situación de

desempleo. Sólo el 3% practica la mendicidad.

La mayor parte de las PSH entrevistadas se perciben como sanas. Sin embargo, la presencia de enfermedades entre ellas resulta notablemente elevada, especialmente en lo referente a disfunciones psicológicas y patologías óseas, musculares o relacionadas con el sistema respiratorio. La mayoría de las PSH son fumadoras habituales y más de la quinta parte consume diariamente alcohol.

8.1.2. ALBERGUES.

Encontrar diariamente lugares en que pernoctar supone un problema para más de un tercio de las PSH en Madrid, encontrándose la escasez de recursos destinados al albergue en la raíz del problema. Aunque la media de ocupación anual de los albergues resulta aparentemente baja, se aprecia de forma cíclica que durante los períodos invernales la demanda de plazas en estos recursos desborda de forma sustancial a la oferta, obligando a las administraciones a habilitar dispositivos de emergencia. Sin duda, debería ser una prioridad social incrementar las plazas de albergue, al menos durante los períodos invernales.

Durante el período de recogida de datos se observó un importante incremento en el porcentaje de PSH que utilizaron albergues en relación al global del año: menos del 40% utilizaron habitualmente los albergues durante el último año mientras que casi el 70% lo hicieron durante la última semana. Este incremento parece derivarse de la llegada de nuevas personas a la situación de sin hogar y la tendencia a la búsqueda de refugio en albergues durante los períodos invernales por quienes pernoctan en otros lugares el resto del año. En el primer caso, la llegada de nuevas persona a la situación de sin hogar resulta especialmente preocupante considerando que buena parte de los entrevistados el año anterior a la realización de la entrevista pernoctaron en viviendas normalizadas -en propiedad, alquiladas o cedidas- o paraviviendas -como chabolas-. Este dato puede estar poniendo de manifiesto cómo algunas

PSH se deslizan con rapidez desde un estilo de vida normalizado a la situación sin hogar: importantes reveses económicos y/o desavenencias familiares fuertes parecen encontrarse en la base de este deslizamiento.

8.1.2.1. Satisfacción de los usuarios de albergues y motivos de no utilización por los no usuarios de estos dispositivos.

Los albergues madrileños, a nivel general, son percibidos por sus usuarios como lugares limpios, con temperaturas adecuadas, bastante seguros y gestionados por un personal competente. Estos factores pueden explicar el elevado nivel de utilización de estos dispositivos, especialmente durante los períodos invernales, donde se convierten en los principales lugares empleados para pernoctar por las PSH en Madrid.

Por contra, los problemas para acceder y ser admitidos, la falta de intimidad, la escasa percepción de libertad, los elevados niveles de ruido o el limitado espacio disponible son, junto a los problemas con el resto de usuarios, las cuestiones que más desagradan a quienes utilizan los albergues, siendo además algunos de los aspectos que disuaden a muchas PSH de recurrir a ellos.

Los principales motivos alegados por los no usuarios de albergues en Madrid para prescindir de su utilización son sencillamente no querer utilizarlos o no gustarles el lugar. Ambas cuestiones resultan de escasa utilidad de cara a la mejora de los dispositivos, si bien están indicando la existencia de un fuerte rechazo hacia ellos por una parte de las PSH.

Más relevante resulta observar que aquellas mismas cuestiones que generan insatisfacción entre los usuarios de albergues son recogidas por los no usuarios como motivos para la no utilización de los dispositivos. En este sentido, destacan los problemas con el resto de usuarios, la carencia de intimidad, la percepción de un excesivo control o las dificultades en la admisión impuestas por la normativa de los centros. Estos datos ponen de manifiesto

que para mejorar la calidad en la prestación del servicio de albergue y extenderlo a personas que prescindan de su utilización resultaría conveniente flexibilizar su normativa de funcionamiento. Pero, si cabe, más relevante para obtener dichos objetivos sería facilitar un adecuado nivel de intimidad, aspecto que paralelamente permitiría paliar en gran medida eventuales problemas entre usuarios.

Alguno de los motivos de menor relevancia alegados para no utilizar albergues son los problemas con el horario, la sensación de no recibir ayuda, no necesitar la ayuda que pueden proporcionarles, no sentirse seguros o tener dificultades de acceso derivadas de la ubicación de los recursos, fruto en muchos casos de la distancia. No parece que, a nivel general, las condiciones higiénicas, ni su temperatura, ni el personal que desarrolla su actividad en ellos, ni el hecho de no conocer ninguno de estos recursos en la ciudad de Madrid sean motivos disuasores relevantes en la utilización de albergues.

La escasez de albergues en la ciudad de Madrid es el aspecto que recibe las mayores críticas por parte de los usuarios, cuestión que se ve corroborada por la saturación que se produce en estos recursos durante los periodos invernales. Este dato pone una vez más de manifiesto la necesidad de implementar una mayor cantidad de dispositivos de albergue en Madrid, al menos durante las épocas frías. Pero, si bien su número resulta insuficiente, la información sobre su existencia y ubicación parece alcanzar a la mayor parte de sus potenciales usuarios, dado que prácticamente la totalidad de no usuarios de estos dispositivos conocen alguno de ellos.

8.1.2.2. Diferencias entre PSH usuarias y no usuarias de albergues.

En lo relativo a factores de carácter sociodemográfico, el análisis de las diferencias entre PSH usuarias y no usuarias de albergues en Madrid muestra cómo quienes tienen pareja o familia recurren en menor medida a estos dispositivos que aquellos que viven solos. Sin duda, los albergues madrileños no se encuentran diseñados para la vida en familia, siendo procedente diseñar

dispositivos donde las parejas, con o sin hijos, puedan disponer de lugares adecuados donde pernoctar. Algo similar acontece con los ciudadanos extranjeros, quienes por dificultades en el acceso a la información o por problemas idiomáticos presentan mayores dificultades que los ciudadanos españoles para acceder a los beneficios que ofrecen dispositivos como los albergues. Tomar medidas paliativas de esta situación resulta de especial interés, máxime si se considera la llegada a nuestro país de un número relativamente elevado de personas con limitadas posibilidades de integrarse adecuadamente, aspecto que les convierte en potenciales usuarios de este tipo de servicios.

Aquellas PSH que se encontraron a una menor edad en la situación de sin hogar se muestran más reacias a recurrir a los albergues. Una explicación a este fenómeno podría encontrarse en el consumo de drogas, especialmente heroína, puesto que los consumidores de esta sustancia -relativamente jóvenes- no utilizan los albergues por diferentes motivos: normativa de los centros, rechazo del resto de usuarios, dificultad para obtener las dosis necesarias, dificultad para “trapichear”, etc. De hecho, las PSH consumidoras de heroína o cocaína utilizan en menor medida los albergues que los exconsumidores de estas sustancias o los consumidores de cannabis.

A lo largo del trabajo ha podido constatarse que las PSH padecen en mayor medida sucesos vitales estresantes que la población general. En el marco de esta elevada cantidad de sucesos estresantes padecidos, se observa que aquellas PSH no usuarias de albergues se fugaron antes de los 18 años en mayor medida, sufriendo una mayor cantidad de lesiones o accidentes graves. En este sentido, una vez más el consumo de heroína –y en menor medida cocaína- puede estar jugando un importante papel explicativo de una parte de estos fenómenos. Los consumidores de heroína –que utilizan escasamente los albergues- generalmente abandonan el hogar familiar a edad temprana viéndose expuestos por su estilo de vida a gran cantidad de accidentes, enfermedades y lesiones.

Por su parte, el consumo excesivo de alcohol presenta mayor incidencia

entre quienes no utilizan los albergues, posiblemente debido las limitaciones que imponen estos recursos al consumo de la sustancia o por el mayor deterioro personal que, a nivel general, padecen quienes con problemas de alcoholismo pernoctan en las calles, deterioro que tiende a alejarlos de determinados recursos. En este punto parece conveniente señalar que, pese a la elevada tasa de problemas derivados de un excesivo consumo de alcohol entre las PSH en Madrid, apenas existen programas orientados a tratar este tipo de adicción, lo que hace casi imposible a las PSH encontrar ayuda para hacer frente a este problema.

Quienes no utilizan albergues manifiestan más dificultades para conciliar el sueño debido al frío, padecen en mayor medida dolores de espalda o huesos y presentan más problemas de salud. Aparte de disfrutar de una mejor temperatura en los albergues, los usuarios de estos dispositivos encuentran en ellos una mayor protección de los elementos que pueden favorecer la aparición de patologías -frío, humedad, mala alimentación...-, además de contar con un mayor control médico.

Un dato llamativo aparece asociado a las relaciones sociales manifestadas por usuarios y no usuarios de albergues, manifestando estos últimos encontrarse más satisfechos de su relación con familiares, amigos y otras PSH. Igualmente, son los no usuarios de albergues quienes en mayor medida consideran que sus familiares se preocupan por ellos, manifestando que les prestan gran ayuda frente a los problemas serios.

Los usuarios de albergues cubren sus necesidades básicas principalmente a través de estos recursos. Al utilizar para ello sus instalaciones, apenas manifiestan problemas para conseguir comida o ropa, asearse o utilizar urinarios y retretes. Por ello, a nivel general, las PSH que utilizan los albergues madrileños se encuentran mejor alimentados, presentan mejores niveles higiénicos y utilizan ropa en mejores condiciones. Al menos en relación a estas cuestiones básicas los albergues parecen cumplir un papel de importancia para sus usuarios.

Asimismo, los usuarios de albergues -que como tales se encuentran insertos en la red de recursos- obtienen la información sobre los diferentes servicios en los propios dispositivos, aspecto que les facilita su inclusión en diferentes programas. Por contra, los no usuarios de albergues tienen su principal fuente de información en personas en su misma situación, de forma que aquellos que carecen de redes sociales o son mal informados por sus “competidores” en el uso de recursos pueden tener ciertamente limitado su acceso a los servicios. Estos datos inciden una vez más en la necesidad de divulgar la información sobre los recursos entre los potenciales usuarios no insertos en la red, quienes son en muchas ocasiones los que se encuentran en situación de mayor precariedad.

La presencia en los albergues de trabajadores sociales -o la disponibilidad en estos recursos para contactar con los servicios sociales generales- facilita que los usuarios de estos servicios mantengan en gran medida su documentación en regla. Este aspecto resulta especialmente relevante si se considera que una documentación en regla -Documento Nacional de Identidad, Pasaporte, Tarjeta de la Seguridad Social...- facilita el acceso a importantes prestaciones -Ingreso Madrileño de Integración, Servicios Sanitarios...-, evitando paralelamente problemas con la Policía.

8.1.3. COMEDORES SOCIALES.

La necesidad de obtener comida de forma diaria convierte la búsqueda de alimentos en una de las principales actividades cotidianas realizadas por las PSH. En Madrid, la mayor parte de las PSH obtienen los alimentos en los comedores sociales, convirtiéndose éstos en los recursos asistenciales más utilizados por este colectivo. Algo menos de un tercio compran los alimentos que consumen, indicativo de que o bien disponen de suficientes recursos económicos para ello o bien se encuentran sometidos a una dieta precaria. Tan sólo una ínfima parte de PSH en Madrid recurren a los cubos de basura para abastecerse de alimentos, cuestión que sin embargo no deja de resultar preocupante.

Pese a que la ciudad de Madrid dispone de más de mil plazas de comedor social, cerca de la cuarta parte de las PSH en esta ciudad manifiesta problemas para obtener comida de forma diaria, porcentaje preocupante si se considera la importancia de una adecuada alimentación y las eventuales consecuencias en la salud derivadas de una dieta inadecuada.

8.1.3.1. Satisfacción de los usuarios de comedores sociales y motivos de no utilización por los no usuarios de estos dispositivos.

En general, los comedores sociales son percibidos por sus usuarios como lugares limpios, con temperaturas adecuadas, relativamente seguros, razonablemente ubicados y gestionados por un personal agradable, donde se sirve comida en cantidades suficientes. Posiblemente estos factores estén en la base de la masiva utilización de estos recursos por las PSH en Madrid.

Por contra, la existencia de mesas comunes, compartidas en ocasiones con un elevado número de comensales, genera entre los usuarios una sensación de falta de intimidad. Esta falta de intimidad, unida a los problemas que surgen con el resto de usuarios, aparecen como los aspectos que mayor rechazo generan. Pero la mayor crítica a los comedores sociales se da en relación al escaso número de estos recursos en Madrid, aspecto que engarza con los problemas manifestados por una parte de las PSH para conseguir comida de forma diaria. Desarrollar una mayor cantidad de plazas de comedor social que permitan unos niveles adecuados de intimidad -pudiéndose comer solo o en compañía, pudiéndose seleccionar los comensales con quienes se comparte mesa, manteniendo una distancia adecuada entre comensales, etc.- son las principales demandas realizadas por quienes se benefician de estos recursos.

Los comedores sociales, a nivel general, son recursos muy conocidos y utilizados por la mayoría de las PSH en Madrid. Tan sólo una mínima parte – menos del 5% de las PSH en Madrid- declina utilizarlos y, quienes lo hacen,

esgrimen principalmente argumentos tan poco concretos como no querer, no necesitar ayuda o no gustarles el lugar. Los problemas derivados del horario y las dificultades de acceso impuestas por la normativa de los dispositivos son algunos de los impedimentos alegados por un pequeño porcentaje de no usuarios para prescindir de los comedores sociales. Estas cuestiones, pese a su escaso peso en el global de la muestra, deberían tenerse presentes a la hora de tratar de llevar a cabo la mejora de unos recursos con tanta incidencia en la salud de sus usuarios.

Las PSH en Madrid que utilizan los comedores sociales –95,5%- se comportan de forma muy fiel a los dispositivos, aspecto que convierte a estos recursos en lugares muy indicados para contactar con aquellas PSH que no utilizan otros servicios, ofrecerles ayuda individualizada, “enganchar” a los necesitados de tratamiento, llevar a cabo procesos de seguimiento, etc.

8.1.4. ROPA Y ROPEROS PÚBLICOS.

Los problemas de las PSH en Madrid para conseguir ropa alcanzan a más de un tercio de esta población. Principalmente, las PSH obtienen la ropa en roperos públicos o establecimientos comerciales, si bien una de cada diez la consiguieron en la calle o en cubos de basura, lo que genera importantes dudas sobre la calidad e higiene presente en la misma.

Las PSH en Madrid, a nivel general, no se encuentran insatisfechas de la calidad o comodidad de la ropa que utilizan. Ello puede derivarse del hecho de que los roperos públicos realizan una selección previa de la ropa, de la disponibilidad en éstos de una cierta variedad de ropa sobre la que seleccionar aquella que más se adapta a los gustos o necesidades o de que gran parte de las PSH en Madrid se abastecen de ropa en establecimientos comerciales. Pese a todo, las mujeres se encuentran más insatisfechas con la ropa de que disponen, probablemente por el mayor efecto de ésta en la autoimagen femenina, lo que convierte a las mujeres en más exigentes al respecto.

Cuestiones tan básicas y necesarias como lavar la ropa utilizada o poder guardarla en un lugar adecuado suponen un problema para la mitad de las PSH en Madrid. El resto recurre para ello a las facilidades ofrecidas en los albergues. Considerando la incidencia que tiene el verse forzado a utilizar ropa sucia -en la salud, en el rechazo social, en las posibilidades de normalizar el estilo de vida...-, generar recursos donde las PSH dispongan de suficientes facilidades para poder lavar la ropa se convierte en una cuestión de gran importancia. En la misma línea, resultaría interesante incrementar el número de taquillas para posibilitar a las PSH no tener que acarrear constantemente sus pertenencias que, aún siendo escasas, limitan las posibilidades de movilidad, convirtiéndose en un obstáculo del proceso de normalización.

8.1.4.1. Satisfacción de los usuarios de roperos públicos y motivos de no utilización por los no usuarios de estos recursos.

A nivel general, los roperos madrileños son percibidos por sus usuarios como lugares accesibles, en número razonable y con un personal atento donde, sin embargo, no siempre la ropa resulta de su agrado. Más de un tercio de las PSH en Madrid no recurren a estos dispositivos, siendo los motivos principalmente alegados no querer utilizarlos, no necesitar ayuda o no gustarles el lugar. Tan sólo un mínimo porcentaje de PSH -inferior al 5%- no recurren a los roperos por dificultades de acceso o falta de intimidad.

Sin embargo, resulta preocupante que una de cada diez PSH en Madrid que no utilizan roperos lo haga por no conocer ninguno, desconocimiento que alcanza en el caso de las mujeres a más de la mitad. Un elevado porcentaje de los no usuarios de albergues manifiestan no necesitar la ayuda que pueden prestarle estos dispositivos, lo que hace que se abstengan de recabar información sobre la ubicación de los mismos. Sin embargo, aunque el número de roperos públicos en Madrid aparentemente resulta suficiente, sería importante informar más extensamente a los potenciales usuarios sobre estos recursos, al menos en lo relativo a su ubicación, horarios de atención, criterios para la obtención de ropa..., además de facilitar el acceso a los mismos

permitiendo unos mayores niveles de intimidad en su interior.

8.1.5. BAÑOS PÚBLICOS.

Los problemas para encontrar lugares en que poder asearse diariamente alcanzan al 15% de las PSH en Madrid. Mayoritariamente, este colectivo lleva a cabo su aseo personal en los baños públicos y, ocasionalmente, lo hacen en baños privados en casas particulares. Sin embargo, nueve de cada cien PSH recurren de manera habitual a las fuentes para poder mantener unos mínimos niveles de limpieza, aspecto que denota dificultades –especialmente durante los períodos invernales- para mantener una higiene adecuada, con las inevitables incidencias en la salud y el rechazo social que ello produce.

8.1.5.1. Satisfacción de los usuarios de baños públicos y motivos de no utilización por los no usuarios de estos recursos.

A nivel general, los baños públicos en Madrid son percibidos por las PSH que los utilizan como lugares aceptablemente limpios, con temperatura adecuada, relativamente seguros, bien situados y gestionados por un personal agradable, con suficiente espacio para poder asearse. Sin embargo, se observa una percepción negativa sobre el número disponible de estos dispositivos en la ciudad de Madrid.

Pocas son las PSH en Madrid que declinan utilizar los baños públicos - 6,6%- y, quienes lo hacen, esgrimen principalmente no necesitar ayuda, no querer utilizarlos o no gustarles el lugar. Tan sólo un ínfimo porcentaje alega problemas de otro tipo: dificultades de acceso, problemas con el horario, problemas con el resto de usuarios, no sentirse seguros en los dispositivos o no conocer ninguno en Madrid.

Incrementar el número de baños públicos en Madrid, facilitar el acceso a los mismos y difundir adecuadamente la información relativa a su existencia y funcionamiento podría incidir positivamente en una mejora de los niveles

higiénicos de parte de las PSH.

8.1.6. OTROS SERVICIOS.

En Madrid, los servicios sociales y de salud -tanto generales como de urgencia-, recursos ambos orientados a la población general, resultan bastante conocidos y utilizados por las PSH, pese a que en ellos apenas se ofertan programas orientados específicamente hacia este colectivo. Aparentemente, la universalización en nuestro país de los servicios sociales y sanitarios alcanza a las capas más necesitadas de la población, con las beneficiosas consecuencias que ello conlleva. Sin embargo, resultan menos conocidos por las PSH en Madrid algunos de los recursos más específicamente orientados hacia ellos, tales como la UMES o los servicios de información para PSH, siendo además utilizados de forma relativamente escasa por quienes los conocen.

No se observan en Madrid diferencias en función del género en lo relativo al conocimiento de servicios de carácter general, si bien los varones conocen en mayor medida que las mujeres los servicios de carácter más específico. Sin embargo, de entre las PSH en Madrid conocedoras de los servicios sociales generales, las mujeres son en mayor medida usuarias de estos recursos, posiblemente por la existencia de una cierta discriminación positiva a su favor que les permite obtener mayores beneficios de los programas disponibles.

8.1.7. PRESTACIONES ECONÓMICAS.

Tres de cada cuatro PSH en Madrid no percibe ningún tipo de ayuda económica y, la inmensa mayoría, no desarrolla ninguna actividad remunerada, circunstancias ambas que convierten a las PSH en un colectivo muchas veces carente de los más mínimos recursos económicos.

Entre las escasas prestaciones económicas percibidas por las PSH en Madrid, aquella que en mayor medida alcanza a este colectivo es el Ingreso

Madrileño de Integración, percibido por una de cada diez PSH. Lamentablemente, la baja dotación de esta prestación impide el acceso a un estilo de vida normalizado, alcanzando tan sólo para que una pequeña parte de las PSH cubra un mínimo de sus necesidades básicas.

Facilitar pequeñas cantidades de dinero a un limitado grupo de personas enormemente necesitadas no es en ningún caso la solución al problema de los sin hogar. Sin embargo, en determinadas circunstancias, estos limitados ingresos pueden suponer un importante acicate en el proceso de normalización, máxime si se consideran sus efectos positivos: ropa limpia, mejor alimentación, aspecto más cuidado, facilidad de desplazamiento... En este sentido, incrementar las ayudas de este tipo y su dotación, procurando que alcancen a las PSH –quienes se encuentran escasamente beneficiadas por el IMI- podría convertirse en una ayuda de gran importancia para la normalización del estilo de vida de este colectivo.

8.1.7.1. Diferencias entre PSH perceptoras y no perceptoras del Ingreso Madrileño de Integración.

Entre las PSH en Madrid, aspectos como el género o nivel educativo no parecen influir en su acceso al IMI. Sin embargo, se observa que el grupo de PSH jóvenes o de mediana edad que viven solas -sin pareja, familiares o hijos- son quienes presentan las mayores dificultades para acceder a esta prestación económica. Posiblemente, este grupo tenga mayores dificultades para cumplir los criterios de acceso a la prestación o sea percibido por los gestores del IMI como menos necesitado al carecer de cargas familiares. Por contra, quienes conviven con su pareja, quienes tienen hijos o las personas de mayor edad parecen tener mayores posibilidades de acceder al IMI.

Las PSH con una historia laboral irregular pero con una fuerte tendencia a haber desarrollado actividades laborales acceden en mayor medida al IMI. Algo similar sucede con quienes dispusieron de vivienda y la perdieron. Posiblemente, quienes han tenido una actividad laboral inestable se encuentren

más habituados a solicitar y tramitar subsidios, teniendo un mayor conocimiento de los recursos y siendo percibidos por los trabajadores que tramitan la prestación como más necesitados. Por otro lado, haber dispuesto de vivienda y haberla perdido puede movilizar a las PSH hacia un intento de normalización a través del acceso a la prestación.

En una escala de 1 a 10 -donde 1 agruparía a los muy pobres y 10 a los muy ricos- tanto perceptores como no perceptores del IMI puntúan bajo, es decir, se autoperciben como pobres. Pero dentro de esta autopercepción generalizada de pobreza, quienes acceden al IMI se consideran en menor medida pobres que quienes carecen de acceso a esta prestación: mientras los primeros presenta una puntuación media de 3,20 los segundos sólo alcanzan una puntuación media de 2,74. Pese a ser conscientes de sus escasos recursos, los perceptores del IMI consideran que esta aportación eleva -aunque insuficientemente- su nivel de vida.

8.2. CONSIDERACIONES FINALES.

Pese al avance producido en los últimos años en la atención a las PSH -evolucionando desde un modelo con un marcado carácter asilar hacia un modelo que busca procurar la rehabilitación y reinserción- ésta, a nivel general, sigue centrada en lo asistencial: la mayoría de los recursos se orientan hacia la cobertura de necesidades básicas, tales como alojamiento, comida, ropa o aseo.

Los dispositivos de carácter asistencial para las PSH -albergues, comedores sociales, roperos...- pueden ser considerados como recursos válidos, necesarios para responder a situaciones de necesidad, siempre y cuando sean capaces de desarrollar programas que favorezcan la convivencia social y el proceso de normalización. Sin embargo, la mayor parte de ellos, y de forma especial los albergues, siguen sin ser lo que se pretende: centros orientados a la atención de urgencias o a permanencias transitorias, útiles

únicamente hasta conseguir la normalización de la persona o determinar el lugar donde pueda ser acogida de forma permanente. La percepción de los albergues como instituciones represivas o asilares, presentes todavía de forma subliminal en algunos centros, supone una importante dificultad de cara a la normalización de los usuarios.

Resulta lamentable la tendencia de muchos albergues a convertirse en una especie de depósito residual que recoge lo que los demás sistemas de protección han dejado de lado por sus rigideces o insuficiencias. De esta forma, estos recursos se ven sobrecargados con la atención a problemas que no han sido atendidos desde las redes de servicios sociales y sanitarios. La insuficiencia e inadecuación de la atención social comunitaria a personas mayores, minusválidos, enfermos mentales crónicos, inmigrantes, mujeres maltratadas, toxicómanos, personas con problemas de alcoholismo, parados de larga duración, expresidarios... fuerzan a muchos albergues a acoger a estas poblaciones ante la inexistencia de recursos sociales especializados en su atención y cuidado. Esta tendencia de los albergues a dar acogida a un colectivo tan enormemente dispar genera problemas de convivencia en los centros y limita la eficacia de los procesos de normalización, disuadiendo a potenciales usuarios de utilizar estos recursos. Sería de gran importancia evitar la condición de “cajón de sastre” de los albergues, asumiendo las administraciones competentes el trasvase de personas con problemas especiales desde los albergues para PSH a dispositivos especializados.

Por otra parte, sólo si se pretende realizar una función meramente asistencial pueden ser de utilidad los macroalbergues o macrocomedores sociales. Cuando lo que se busca es generar procesos de reinserción social se hace necesario tender a la creación de unidades convivenciales pequeñas - como pisos tutelados-, oferta que en la ciudad de Madrid resulta ínfima. Aunque es difícil determinar el número de plazas adecuado para la potenciación de procesos de reinserción social, la línea de promoción de centros debería encauzarse a la fundación de pequeñas unidades convivenciales, dejando los grandes centros actuales para casos de

emergencia y permanencias circunstanciales o transitorias hasta la integración en centros especializados. Igualmente, parece necesario avanzar en la implantación de un abanico más amplio de dispositivos y programas: centros de día, programas de rehabilitación psicosocial, alternativas de alojamiento comunitario, programas de orientación y rehabilitación laboral, programas de promoción de empleo, equipos de seguimiento y apoyo social, etc. que, en su conjunto, facilite a las PSH avanzar en sus propios e individualizados itinerarios de rehabilitación y reinserción.

Pero, considerando los escasos recursos destinados por las administraciones para hacer frente a las necesidades de las PSH, parecería injusto orientar éstos hacia la creación de recursos “exquisitos”, dejando de cubrir los aspectos más imprescindibles para la subsistencia y abandonando la atención a los colectivos más degradados frente a colectivos de pronóstico positivo. Asegurar la atención de las necesidades más primarias es una obligación social. No se puede permitir que permanezcan en la calle, a la intemperie o sin comida, personas con riesgo de padecer frío o inanición. Pero dado el desarrollo de la sociedad española resulta inadmisibles la creación de dispositivos “tercermundistas”, donde para proteger a las personas del frío y el hambre se les hacen en el suelo en colchonetas ofreciéndoseles un bocadillo. No conviene olvidar la existencia de una población de PSH que, por diferentes motivos, prefieren prescindir de la utilización de recursos, población que debieran disponer de dispositivos básicos -en las debidas condiciones- que atiendan sus necesidades, sirviendo de posible nexo de unión con la red de servicios especializados.

Acercar los recursos a las PSH que no realizan demandas es otra necesidad que se encuentra sin cubrir. La adecuada difusión de la información sobre los diferentes dispositivos y servicios que en ellos se ofrece –asignatura pendiente en la ciudad de Madrid- es condición necesaria, pero no suficiente. Tanto desde los servicios sociales comunitarios como desde los recursos específicos para PSH se reconoce que la intervención, en general, se produce cuando el problema ya se ha instalado y la atención se presta ante la demanda

específica del usuario. Hasta ahora ha predominado un enfoque asistencial con un estilo de atención de espera, lo que resulta insuficiente y no se ajusta muy bien a la especificidad y naturaleza de la problemática de las PSH. Muchas PSH no acuden de forma regular a los servicios ni se adaptan a sus normas y lógicas de funcionamiento. Es necesario promover una orientación y un estilo de intervención activo, flexible, con una actitud de búsqueda, que no espere que llegue la población sino que se implique en la detección de sus necesidades, en la identificación y la captación de personas con dificultades, en el acompañamiento y apoyo comunitario que favorezca la participación e implicación de los afectados tanto en la utilización adecuada de los servicios disponibles como en el desarrollo de sus itinerarios individualizados de reinserción social.

La prevención es, sin duda, otra de las grandes asignaturas pendientes. Apenas existen medidas suficientes de política social en las áreas de vivienda, servicios sociales, servicios sanitarios... que actúen frente a situaciones de precariedad personal y social y, por tanto, en riesgo de caer en procesos de deslizamiento hacia la situación de sin hogar. Del mismo modo, una vez iniciado el problema, no existen prácticamente respuestas ágiles y flexibles que permitan ofrecer una adecuada intervención, evitando la consolidación y cronificación de la marginación.

Para finalizar, desearía recalcar la necesidad de profundizar en el desarrollo de investigaciones que procuren datos contrastables, tanto sobre las diferentes circunstancias que rodean a las personas en la situación de sin hogar como en relación a la eficacia real de los recursos orientados hacia ellas, evitando de esta forma que, a la hora de diseñar políticas preventivas o paliativas, las administraciones se vean en la necesidad de recurrir a aproximaciones de carácter intuitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adicso-Incis (1991). *Estudio sobre servicios para personas sin hogar*. Estudio de mercado privado. No publicado.
- Adult Services Agency, New York City Human Resources Administration (1987). *Annual shelter report*. New York City, Bureau of Management Information Services.
- Adult Services Agency, New York City Human Resources Administration (1984). *Annual shelter report*. New York City, Bureau of Management Information Services.
- Afán, J.C; Floriach, P. y Tortosa, J.M. (1994). Los centros de acogida polivalentes. En FEMP (Ed.). *Albergues y centros de acogida Municipales*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
- Agar, M.H. (1973). *Ripping and running: A formal ethnography of urban heroin addicts*. Nueva York: Seminar Press.
- Aguilar, M. y Laparra, M. (1994). *Estudio de las necesidades sociales en Aragón*. Comunicación personal.
- Aguilar, M; Laparra, M. y Gaviria, M. (1994). Las rentas mínimas de inserción de las comunidades autónomas. *Documentación social. Revista de estudios sociales y sociología aplicada*, 96, 201-222.
- Alexander, M.J. (1996). Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. *American journal of orthopsychiatry*, 66 (1), 61-70.
- Álvarez Uría, F. (1983). *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets
- Alvira, F. (1991). Metodología de la evaluación de programas. En CIS (Ed.) *Cuadernos metodológicos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

- Alvira, F. (1994). Diseños de investigación social. En M. García, J. Ibañez y F. Alvira (Eds.). *El Análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad.
- Appelbaum, R. (1990). Address unknown: the homeless in America. *American journal of sociology*, 96 (1), 225-258.
- Arce, A. y Vergare, M. (1984). Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless. En H.R. Lamb (Ed). *Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Arce, M; Tadlock, M; Vergare, M. y Shapiro, S. (1983). A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hospital and community psychiatry*, 34, 812-817.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avramov, D. (1995). *Homelessness in the European Union. Social and legal context of housing exclusion in the 1990s. Fourth research report of the European Observatory on Homelessness*. Bruselas: European Federation of National Organizations Working with the Homeless (FEANTSA).
- Ayala, L. (1994). *Los sistemas generales de rentas mínimas en Europa: logros, límites y alternativas*. Seminarios "La pobreza en España". Madrid, 27 de mayo de 1994.
- Ayuntamiento de Madrid (1996). *Transeúntes e indigentes*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Bachrach, L. (1978). A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and community psychiatry*, 29, 573-578.
- Bachrach, L. (1984). Deinstitutionalization and women: Assessing the consequences of public policy. *American psychologist*, 39, 171-177.
- Bachrach, L. (1987). Geographic mobility and the homeless mentally ill. *Hospital community psychiatry*, 38 (1), 27-28.
- Bachrach, L. (1992). What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hospital and community psychiatry*, 43 (5).

- Badagliacco, J.M. (1999). On becoming homeless: The shelterization process for homeless families. *American journal of sociology*, 105 (1), 268-270.
- Bahr, H. (1973). *Skid row: An introduction to disaffiliation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ball, F.L. y Havassy, B. (1984). A survey of the problems and needs of homeless consumers of acute psychiatric services. *Hospital and community psychiatry*, 35, 917-921.
- Bandura, A; Taylor, C.B; Willians, S.L; Mefford, I.N. y Barchas, J.D. (1985). Catecholamine secretions as a function of perceived coping efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53, 406-414.
- Banyard, V.L. (1993). Taking another route. Dally survival narratives from mother who are homeless. *American journal of community psychology*, 23 (6), 871-891.
- Baron, S.W. (1999). Street youths and substance use: The role of background, street lifestyle, and economic factors. *Youth and society*, 31 (1), 3-26.
- Bassuk, E. y Lauriat, A. (1986). Are emergency shelters the solution?. *International journal of mental health*, 14, 125-136.
- Bassuk, E.L; Buckner, J.C; Weinreb, L.F; Browne, A; Bassuk, S.S; Dawson, R. y Perloff, J.N. (1997). Homelessness in female-headed families: Childhood and adult risk and protective factors. *American journal of public health*, 87 (2), 241-248.
- Bassuk, E; Rubin, L. y Lauriat, A.S. (1984). Is homelessness a mental health problem?. *American journal of psychiatry*, 141, 1546-1550.
- Bassuk, E; Rubin, L. y Lauriat, A.S. (1986). Characteristics of sheltered homeless families. *American journal of public health*, 76 (9).
- Baxter, E. y Hopper, K. (1984). Shelter and housing for the homeless mentally ill. In H.R. Lamb (Ed.), *The homeless mentally ill: A task force report of the American Psychiatric Association*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Benveniste, C (1996). Towards a better understanding of the homeless and exclusion from housing, *CNIS*, 17, 1-4.

- Blanch, A.K. y Carling, P.J. (1988). Normal housing with specialized supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community. *Rehabilitation psychology*, 33, 47-55.
- Blumberg, L; Shipley, T. y Barskey, S. (1978). *Liquor and poverty: Skid row as a human condition*. Rutgers: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Breton, M. (1984). A drop-in for transier women: Promoting competence trough the environment. *Social work*, 29, 542-546.
- Brooks, M.G. y Buckner, J.C. (1996). Work and welfare: Job histories, barriers to employment, and predictors of work among low-income single mothers. *American journal of ortopsychiatry*, 66 (4), 526-537.
- Brown, G.W. (1998). Genetic and population perspectives on life events and depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33 (8), 363-372.
- Brugha, T.S. y Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: The reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta psychiatrica scandinavica*, 82, 77-81.
- Burman, M.A. y Koegel, P. (1988). Methodology for obtaining a representative sample of homeless persons. *Evaluation review*, 12, 117-152.
- Burt, M. (1992). *Practical methods for counting homeless people*. Washington D.C: Interagency Council for the Homeless and Department of Housing and Urban Development.
- Burt, M. (1993). *Exploring a service-based methodology: Types of service to include*. Paper presentado en el Towards Census 2000: Research Issues for Improving Coverage of the Homeless Population Conference, Washington, DC, U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, Sept.
- Burt, M. (1996). *Counting the homeless: Census of the year 2000*. III FEANTSA MEETING: Viena.
- Burt, M. (1999). *Homelessness: Programs and the people they serve. Findings of the National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients*. Technical Report. Interagency Council on the Homeless.
- Burt, M. y Cohen, B. (1989a). *America´s homeless: Numbers, characteristics, and programs that serve them*. Washington, D.C: The Urban Institute.

- Burt, M. y Cohen, B. (1989b). Differences among homeless single women, women with children and single men. *Social problems*, 36 (5).
- Bush, G. (1989). *Proposed budget*. Washington D.C: U.S. Government Printing Office.
- Cabrera, P.J. (1998) *Huéspedes del Aire: sociología de las Personas Sin Hogar en Madrid*. Madrid: UPCO.
- Cabrera, P.J. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española.
- Calsyn, R. y Morse, G. (1990). Homeless men and women: Commonalties and a service gender gap. *American journal of community psychology*, 18, 597-608.
- Calsyn, R. y Morse, G. (1992). Predicting psychiatric syntoms among homeless people. *Community mental health journal*, 28 (5), 385-395.
- Campbell, D.T. y Stanley, J.C. (1966). *Experimental and quasi-experimental desings for research*. Skokie (Illinois): Rand McNally.
- Cáritas Española (1975). Los transeúntes. Desarraigo y marginación social. *Documentación social*, 20; Número especial.
- Cáritas Española (1997). *Políticas contra la exclusión social*. Madrid: Cáritas Española.
- Carling, P.J. (1990). Major mental illness, housing, and supports: The promise of community integration. *American psychologist*, 45, 969-975.
- Casado, D. (1976). *La Pobreza en la estructura social de España*. Madrid: Ed. Ayuso.
- Casado, D. (1983). Notas sobre bienestar social y servicios sociales. *Documentación social*, 53.
- Casado, D. (1985). Los servicios sociales en el Estado de las Autonomías. *Cáritas Española*, 244, junio.
- Casado, D. (1986). Los servicios sociales en perspectiva histórica. *Documentación social*, 64.
- Casado, D. (1990). *Sobre la pobreza en España (1965-1990)*. Barcelona: Ed. Hacer.
- Casado, D. (1994). *Introducción a los servicios sociales*. Madrid: Ed. Popular.

- Castel, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales. En F. Alvarez-Uría (Ed.). *Marginación e inserción*. Madrid: Ediciones Endymón.
- Central Statistics Office (1989). *Social trends 19*. Londres: HMSO.
- Chrisman, N.J. y Thomas, M.J. (1990). Clinically applied anthropology. En T.M. Johnson y C.F. Sargent (Eds.) *Medical anthropology: Contemporary theory and method*. Nueva York: Praeger.
- Clanché, F. (2000). Le classement des situations de logement. Les sans-domicilie dans des nomenclatures générales. En M. Marpsat y F.M. Firdion (Eds). *La Rue et le foyer: Une recherche sur les sans-domicilie et les mal-logés dans les années 1990*. París: INED.
- Clark, C; Teague, G.B. y Henry, R.M. (1999). Preventing homelessness in Florida. *Alcoholism treatment quarterly*, 17 (1-2), 73-91.
- Clatts, M.C. y Davis, W.R. (1999). A demographic and behavioral profile of homeless youth in New York city: Implications for AIDS outreach and prevention. *Medical anthropology quarterly*, 13 (3), 365-374.
- Cohen, C.I. y Thompson, K. S. (1992). Homeless mentally ill or mentally ill homeless?. *American journal of psychiatry*, 149, 816-822.
- Cohen, C; Onserud, H. y Monaco, C. (1993). Outcomes for the mentally ill in a program for older homeless persons. *Hospital and community psychiatry*, 44 (7), 650-656.
- Comité de las Regiones. Unión Europea (1999). *Dictamen sobre "El problema de los Sin Techo y la vivienda"*. Bruselas, 2-3 de junio. CDR 376/98 fin.
- Commision of the European Communities (1993). *Housing in Europe: The role of housing in the building of a social Europe*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Consejería de Integración Social (1993). *Ingreso Madrileño de Integración: primera evaluación*. Madrid: Comunidad de Madrid.

- Consejería de Integración Social (1994). *Memoria final de la iniciativa innovadora n1 32 del programa europeo pobreza 3: proyecto de rehabilitación e inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar*. Madrid: Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid.
- Consejo de Europa (1992). *Recommendation of the committee of ministers to member states on the co-ordination of employment, social and educational services for the integration and reintegration into employment of persons with difficulties*. Recomendación nº R (92) 4. Estrasburgo: Council of Europe Press.
- Consejo Económico y Social (1994). *España 1993: economía, trabajo y sociedad*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Consejo Económico y Social (1997). *La pobreza y la exclusión social en España. Informe 8*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Constitución Española (1978). Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas.
- Cortés, L. y Paniagua, J.L. (1997). La vivienda como factor de exclusión social. *Documentación social*, 106, 93-147.
- Cousineau, M. y Ward, T. (1992). An evaluation of the "S-Night" street enumeration of the homeless in Los Angeles. *Evaluation review*, 16 (4), 389-399.
- Cowan, C.D. (1991). Estimating census and survey undercounts through multiple service contacts. *Housing policy debate*, 2 (3).
- Craig, T. y Timms, P. (2000). Facing up to social exclusion: Services for homeless mentally ill people. *International review of psychiatry*, 12, 206-211.
- Crane, M. (1994). Elderly homeless people: Elusive subjects and slippery concepts. *Ageing and society*, 14 (4), 631-640.
- Crompton, R. (1994). *Clase y estratificación: una introducción a los debates actuales*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Cruzado, J.A; Muñoz, M. y Vázquez, C. (1993). *Entrevista Sobre Hábitos de Vida y Salud*. Madrid: Facultad de Psicología de la UCM. © OMS.
- Crystal, S. (1984). Homeless men and homeless women: The gender gap. *Urban and social change review*, 17, 2-6.

- Culhane, D. y Metraux, S. (1999). One year rates of public shelter utilization by race/ethnicity, age, sex and poverty status for New York city (1990 and 1995) and Philadelphia (1995). *Population research and policy review*, 18 (3), 219-236.
- D'Ercole, A. y Struening, E. (1990). Victimization among homeless women: Implications for service delivery. *Journal of community psychology*, 18, 141-152.
- Daly, M. (1993). *Abandonado: perfil de la gente sin techo en Europa. Segundo informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo*. Bruselas: FEANTSA.
- Daly, M. (1994). *Right to housing right to a future*. Bruselas: FEANTSA.
- De Giginta, M. (2000). *Tratado de remedio de los pobres*. Barcelona: Ariel Historia.
- De Miguel, A. (1993). *La sociedad española 1992-93: informe sociológico de la Universidad Complutense*. Madrid: Alianza Editorial.
- De Rosa, C.J; Montgomery, S.B; Kipke, M.D; Iverson, E; Ma, J.L. y Unger, J.B. (1999). Service utilization among homeless and runaway youth in Los Angeles, California: Rates and reasons. *Journal of adolescent health*, 24 (3), 190-200.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Nueva York: Organización de Naciones Unidas.
- Dehavenon, A.L. y Benker, K. (1989). *The tyranny of indifference: A study of hunger, homelessness, poor health, and family dismemberment in 818 New York City household with children in 1988-1989*. Nueva York: The East Harlem Interfaith Welfare Committee.
- Del Valle, A. (1986). *El modelo de servicios sociales en el Estado de las Autonomías*. Madrid: Fundación IESA.
- Dennis, M.L. (1993). *Coverage of a service-based methodology: Findings from the DC MADS Homelessness Study*. Paper presentado en el Towards Census 2000: Research Issues for Improving Coverage of the Homeless Population conference, Washington, DC, U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, Sept.

- Dennis, M.L; Buckner, J.C; Lipton, F.R. y Levine, I.S. (1991). A decade of research and services for homeless mentally ill persons: Where do we stand?. *American psychologist*, 46 (11), 1129-1138.
- Dennis. M.L. y Iachan, R. (1993). A multiple frame approach to sampling the homeless and transient population. *Journal of official statistics*, 9 (4).
- Devine, J. y Wright, J. (1992). Counting the homeless: "S-Night" in New Orleans. *Evaluation review*, 16 (4), 409-417.
- Dockett, K.H. (1989). *Street homeless people in the District of Columbia: Characteristics and service needs*. Washington D.C.: Agriculture Experimental Station.
- Domingo de Soto (1556/1965). *Deliberación de la causa de los pobres: y réplica de Fray Juan de Robles*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Drake, M. (1994). *Homeless people in Europe and their rights. Tercer Informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo*. Bruselas: FEANTSA.
- Drake, R.E. y Adler, D.A. (1984). Shelter is not enough: Clinical work with the homeless mentally ill. En H.R. Lamb (Ed.), *The homeless mentally ill*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Drake, R.E. y Wallach, M.A. (1989). Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and community psychiatry*, 40, 1041-1046.
- Drake, R.E; Osher, F.C. y Wallach, M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American psychologist*, 46 (11), 1149-1158.
- Edgerton, R.B. (1967). *The cloak of competence*. Berkeley: University of California Press
- Edin, K. (1992). Counting Chicago's homeless: An assessment of the Census Bureau's "Street and Shelter Night". *Evaluation review*, 16 (4), 365-375.
- EDIS (Equipo de Investigación Sociológica) (1995). *Las condiciones de vida de la población pobre de la diócesis de Madrid*. Madrid: Fundación FOESSA. Cáritas Madrid.
- El Mundo (1995). *Anuario de El Mundo*. Madrid: El Mundo.
- Elliot, M. y Krivo, L.J. (1991). Structural determinants of homelessness in the United States. *Social Problems*, 38 (1), 113-131.

- Epel, E.S; Bandura, A. y Zimbardo P.G. (1999). Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of applied social psychology*, 29 (3), 575-596.
- Equipo IMI. (1991). *La exclusión (Ingreso Madrileño de Integración/3)*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social.
- Estroff, S.E. (1981). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley: University College of Social Work.
- Eurostat, (1995). *Retrato social de Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Eurostat, (1996). *Desempleo en la Unión Europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Farr, R.K; Koegel, P. y Burnam, A. (1986). *A Study of homelessness and mental illness in the skid row area of Los Angeles*. Los Angeles: County Department of Mental Health.
- Farrington, A. y Robinson, W.P. (1999). Homelessness and strategies of identity maintenance: A participant observation study. *Journal of community and applied social psychology*, 9 (3), 175-194.
- FEANTSA (2001). How can we measure homeless?. *Homeless in Europe*, 10, 8-9.
- Feito, R. (1995). *Estructura social contemporánea: las clases sociales en los países industrializados*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Feldman, D. (1990). *Culture and AIDS*. Nueva York: Praeger.
- Firdion, J.M. (1995). Les sans-abri et l'enquêtes statistique. *Fondations*, 1, 21-46.
- Firdión, J.M. y Marpsat, M. (1994). La statistique des sans domicile aux Etats-Unis. *Courrier des Statistiques*, 71-72.
- Fischer, P.J. (1992). Criminal behavior and victimization among homeless people. En Jahiel R.I. (Ed.). *Homelessness: A prevention oriented approach*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fisher, P.J. y Breaky, W.R. (1986). Homeless and mental health: an overview. *International journal of mental health*, 14, 6-41.

- Fisher, P.J. y Breaky, W.R. (1990). *The epidemiology of alcoholism in a homeless population: findings from the Baltimore Homeless Study*. Trabajo presentado en el "16th Annual Alcohol Epidemiology Symposium" de la "Kettil Bruum Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol". Budapest. Hungría.
- Fisher, P.J. y Breaky, W.R. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American psychologist*, 46, 1115-1128.
- Foscarinis, M. (1991). The politics of homelessness: A call to action. *American psychologist*, 46 (11), 1232-1238.
- Foscarinis, M. y Friedman, L. (1989). *The Steward B. Mackinney Homeless Assistance Act: An analysis of its current status*. Washington, D.C: National Law Center on Homelessness and Poverty.
- Foucault, M. (1982). *Vigilar y castigar. nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica.
- Francis, L.E. (2000). Conflicting Bureaucracies, conflicted work: Dilemmas in case management for homeless people with mental illness. *Journal of sociology and social welfare*, 27 (2), 97-112.
- Fropp, R. (1996). No where to go: an analysis of the Supported Accommodation Assistance Program (SAAP). *Australia journal of social issues*, 31 (2), 209-222.
- Fundación FOESSA (1993). *Estudios sobre problemas sociales y de actualidad en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- García, M. y Sanmartín, R. (1994). La observación científica y la obtención de datos sociológicos. En M. García, J. Ibañez y F. Alvira (Eds.). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad.
- García-Herrero, G. y Ramírez, J.M. (1992). *Los nuevos servicios sociales: síntesis y conceptos de evolución*. Zaragoza: Editorial Librería Certeza.

- García-Tutor, F. (1992). *Consideraciones sobre algunos términos relacionados con el colectivo de transeúntes*. Comunicación presentada al Encuentro Estatal del Programa de Transeúntes y Colectivos "Sin Techo". El Escorial, 7-9 de febrero de 1992. Madrid: Cáritas Española.
- García-Valcárcel, J. (1984). *La pobreza en España y sus causas*. Madrid: Fundación Ágape.
- Garrett, G.R. (1989). Alcohol problems and homeless: History and research. *Contemporary Drug Problems*, 16, 301-332.
- Gaviria, M; Laparra M. y Aguilar, M. (1995). Aproximación teórica al concepto de exclusión. En F. Álvarez-Uría (Ed.). *Desigualdad y pobreza hoy*. Madrid: Ediciones Talasa.
- Gelberg, L; Linn, L.S. y Leake, B.D. (1988). Mental health, alcohol, drug abuse and criminal history among homeless adults. *American journal of psychiatry*, 145, 191-196.
- Geremek, B. (1989). *La piedad y la horca*. Madrid: Alianza Editorial.
- Goering, P; Wasylenki, D; Onge, M; Paduchat, D. y Lancee, W. (1992). Gender differences among clients of a case management program for the homeless. *Hospital and community psychiatry*, 39, 510-516.
- Goldberg, D.P. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el estudio de las distintas versiones*. Versiones en lengua española validada por Lobo, A. y Muñoz, P.E. Obra original 1978. Barcelona: Massons, S.A.
- González, A. y Torres, E. (1992). *El Estado del Bienestar de los países de la OCDE*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Goodman, L.A; Dutton, M.A. y Harris, M. (1995) Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. *American journal of orthopsychiatry*, 65 (4), 468-478.
- Greene, J.M; Ringwalt, C.L. e Iachan, R. (1997). Shelters for runaway and homeless youths: Capacity and occupancy. *Child welfare*, 74 (4), 549-561.
- Grunberg, J. y Eagle, P. (1990). Shelterization: How the homeless adapt to shelter living. *Hospital and community psychiatry*, 41 (5), 521-525.
- Grupo 5 (1994). *Informe 1994 de las UMES*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

- Guarnaccia, V. y Henderson, J.J. (1993). Self-efficacy, interpersonal competence, and social desirability in homeless people. *Journal of community psychology*, 21, 335-338.
- Hadler, J.F y Hollingsworth, E. (1971). *The "Deserving Poor": A study of Welfare Administration*. Nueva York: Academic Press.
- Hadler, J.F. (1992). The modern pauper: The homeless in welfare history. En Robertson y Greenblantt (Ed.) *Homelessness: A national perspective*. Nueva York: Plenum Press.
- Hannappel, M.; Calsyn, R.J. y Morse, G.A. (1989). Mental illness in homeless men: A comparison of shelter and street samples. *Journal of community psychology*, 17, 304-310.
- Hannigan, T y White, A. (1990). *Housing Hard-to-Place Mentally Ill Women – 350 Lafayette Transitional Living Community* (Status report of programs of Columbia University Services). Unpublished manuscript.
- Hargreaves, W; Shumway, M; Hu, T. y Cuffel, B. (1998). *Cost-outcome methods for mental health*. San Diego: Academic Press.
- Harris, S; Mowbray, C. y Solarz, A. (1994). Physical health, mental health, and substance abuse problems of shelter users. *Health and social work*, 19 (1), 37-45.
- Haynes, S. (1992). *Models of causality in psychopathology: Toward dynamic, synthetic and nonlinear models of behavior disorders*. Nueva York: MacMillan.
- Herman, D.B; Susser, E.S; Struening, E.L. y Link, B.L. (1997). Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness?. *American journal of public health*, 87 (2), 249-255.
- Herman, H; McGorry, P; Bennet, P; Van Riel, R. y Singh, B. (1989). Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. *American journal of psychiatry*, 146 (9), 1179-1184.
- Hodder, T; Teesson, M. y Buhrich, N. (1998). *Down and out in Sydney. Prevalence of mental disorders, disability, and health services use among homeless people in inner Sydney*. Sydney: Sydney City Missing.

- Hoffman, D. (1988). Kemp Chosen for HUD, "Innovative Ideas" urged. *Washington Post*, 20 de diciembre, pp A1, A8.
- Hopper, K. (1989). Deviance and dwelling space: Notes on the resettlement of homeless persons with alcohol and drug problems. *Contemporary drug problems*, 16, 391-414.
- Hopper, K. (1990). Public shelter as "a Hybrid Institution": Homeless men in historical perspective. *Journal of social issues*, 46 (4), 13-29.
- Hopper, K. (1991a). Homeless old and new: The matter of the definition. *Housing policy debate*, 2, 757-814.
- Hopper, K. (1991b). *An ethnographic perspective on the S-night count*. Proceedings of the Annual Research Conference. Bureau of the Census, Washington, D.C.
- Hopper, K. (1992). Counting the homeless: "S-Night" in New York. *Evaluation review*, 16 (4), 376-388.
- Hopper, K; Mauch, D. y Morse, G. (1989). *The 1986-1987 NIMH Funded CSP Demonstration Projects to Serve Homeless Mentally Ill Persons: A preliminary pssessment*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hulin, C.L. (1977). Satisfaction and other job attitudes. En B. Wolman (Ed.). *International encyclopedia of psychology, psychotherapy, psychoanalysis and neurology*, 10, 12. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Huth, M.J. y Wright (1997). *International critical perspectives on homelessness*. Westport: Praeger.
- Ifill, G. (1990). Kemp pressed on plants to cut housing programs. *Washington Post*, 21 de marzo, p. A12.
- Iglesias, J; Flaquer, L; Meil, G; Aleman, C. y Trinidad, A. (1994). Familia. En M. Juarez et al. (Eds.) *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid. Fundación FOESSA.
- Infante, Jerónimo y Martín (1990). *Marginados y excluidos en las calles de Madrid*. Madrid: Consejería de Integración Social.

- Ingram, K.M; Corning, A.F. y Schmidt, L.D. (1996). The relationship of victimization experiences to psychological well-being among the homeless women and low-income housed women. *Journal of counseling psychology*, 43 (2), 218-227.
- Institut National D'Etudes Demographiques (1994). *Enquête n° 142*. París: Institut National D'Etudes Demographiques.
- Institut National D'Etudes Demographiques (1994). *Questionnaire n° 1 y 2. Client'le de Services d'aide. Enquête n° 142*. Paris: Institut National D'Etudes Demographiques.
- Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española (1990). *Instituciones de servicios sociales para transeúntes*. Madrid: IOPE-ETMAR.
- Instituto Nacional De Estadística (1992). *Anuario estadístico de España, 1991*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística
- Interagency Council on the Homeless (1989). *Annual repots*. Washington D.C: Author.
- Jackson-Wilson, A.G. y Borgers, S.B. (1993). Disaffiliation revisited: A comparison of homeless and nonhomeless women's perceptions of family of origin and social supports. *Sex roles*, 28 (7/8), 361-377.
- Jahiel, R.I. (1992). *Homeless: A prevention-oriented approach*. Nueva York. Johns Hopkins University Press.
- Johnson, A.K. (1989). *Measurement and methodological issues in research of homelessness*. Ponencia presentada en el 8th annual meeting of the homeless study group, Committee on Health Services Research. Medical Care Section, American Public Health Association. Chicago.
- Juarez, M. (1994). *V informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Kahn y Kamerman (1987). *Los servicios sociales desde una perspectiva internacional*. Madrid: Siglo XIX.
- Kaplan, D.N. (1999). *Desperate measures: How some homeless strategize to survive*. Paper de la American Sociological Association (ASA).
- Keigher, S.M; Berman, R. H. y Greenblatt, S.T. (1991). The needs of older persons at risk of housing loss: some conclusions and recommendations. *Journal of housing for the elderly*, 8 (1), 127-143.

- Keynes, J.M. (1936). *The general theory of employment, interest, and money*. Londres: Macmillan.
- Kline, J; Bebout, R; Harris, M. y Drake, R. (1991). A program for homeless people with dual diagnoses. In K. Minkoff and R.E. Drake (Eds.) *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Koch-Nielsen, I. (1995). *To what extent can we prevent homelessness and what can be done to re-integrate homeless people?*. Paper for the third international congress where to sleep tonight- where to live tomorrow?. Madrid, 30 Nov.-2 Dec. 1995.
- Koch-Nielsen, I. y Borner, T. (1996). *The heterogeneity of homelessness and the consequences for service provision*. Bruselas: FEANTSA
- Koegel, P. (1992). Understanding homeless: An ethnographic approach. En R.I. Jahiel (Coor.), *Homeless. A prevention-oriented approach*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Koegel, P. (1995) *Course of Homelessness Study Questionnaire*. Los Angeles: RAND Corporation.
- Koegel, P. (1998). La perspectiva antropológica como enfoque diferente de los enfermos sin hogar. *Intervención psicosocial*, 7 (1), 27-46.
- Koegel, P. y Burnam, A. (1992). Problems in the assessment of mental illness among the homeless. An empirical approach. En M.J. Robertson y M. Greenblatt (Ed.), *Homeless: A national perspective*. Nueva York: Plenum Press.
- Koegel, P. y Burnan, A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Archives of general psychiatry*, 45, 1011-1018.
- Koegel, P; Burnam, A. y Morton, S. (1996). Enumerating homeless people: Alternative strategies and their consequences. *Evaluation review*, 20 (4), 378-403.
- Koegel, P; Burnan, A. y Farr, R. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city or Los Angeles. *Archives of general psychiatry*, 45, 1085-1092.

- La Gory, M; Fitzpatrick, K. y Ritchey, F. (1990). Homeless persons: Differences between those living on the streets and in shelters. *Sociology and social research*, 3, 162-167.
- La Gory, M; Ritchey, F. y Fitzpatrick, K. (1991). Homeless and affiliation. *The sociological quarterly*, 23 (2), 201-218.
- Lamb, H.R. (1994). *The homeless mentally ill*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Lamb, H.R. y Lamb, D.M. (1990). Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill. *Hospital and community psychiatry*, 41, 301-305.
- Lamb, H.R. y Talbot, J.A. (1986). The homeless mentally ill: the perspective of the American Psychiatric Association. *JAMA*, 256, 498-501.
- Laparra, M; Gaviria, M. y Aguilar, M. (1994). *La exclusión social en Aragón*. Zaragoza: Diputación General de Aragón. Departamento de Bienestar Social y Trabajo.
- Lecomte, T; Mizrahi A. y Mizrahi, A. (2000). Santé et recours aux soins des personnes sans abri à Paris. En M. Marpsat y F.M. Firdion (Eds). *La rue et le foyer: Une recherche sur les sans-domicilie et les mal-logés dans les années 1990*. París: INED.
- Leonori, L; Muñoz, M; Vázquez, C; Vázquez, J.J; Bravo, M.F; Nuche, M; Brandt, P; Bento, A. y Horenbek, B. (1994). *MHSE Evaluation grid*. Bruselas: Mental Health And Social Exclusion Network
- Leonori, L; Muñoz, M; Vázquez, C; Vázquez, J.J; Bravo, M.F; Nuche, M; Brandt, P; Bento, A. y Horenbek, B. (2000). The Mental Health and Social Exclusion European Network: A research activity report on European homeless citizens. *European psychologist*, 5 (3), 245-251.
- Liberman, R.P; Mueser, K.P; Wallace, C.J; Jacobs, H.E; Eckman, T. y Massel, H.K. (1998). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning, coping and competence. *Schizophrenia bulletin*, 12.
- Liebow, E. (1967). *Tally's corner*. Boston: Little Brown.
- Link, B; Susser, E; Stueve, A; Phelan, J; Moore, R. y Struening, E. (1994). Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the United States. *American journal of public health*, 84 (12), 1907-1912.

- Lipton, F.R; Sabatini, A.K. y Katz, S.E. (1987). Housing homeless mentally ill: a longitudinal study of a treatment approach. *Hospital and community psychiatry*, 39 (1), 40-45.
- Lucas, R; Batista, G; Borrás, V; Caterineu, S. Sánchez Sahis I. y Valls, E. (1995). Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de "homeless". *Revista psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22 (1), 18-24.
- Malthus, R. (1798/1966). *Primer ensayo de la población*. Madrid: Alianza Editorial.
- Manderscheid, R.V. y Rosenstein, M.J. (1992). Homeless persons with mental illness and alcohol or other drug abuse: current research, policy, and prospects. *Current opinion in psychiatry*, 46, 1115-1128.
- Manhein, J.B. y Rich, R.C. (1999). *Análisis político empírico: métodos de investigación en ciencia política*. Madrid: Alianza Universidad.
- Mansilla, F. (1993). Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 13, 124-129.
- Marcos, L.R; Cohen, N.L; Nardacci, D. y Brittain, J. (1990). Psychiatry takes to the streets: the New York city initiative for the homeless mentally ill. *American journal of psychiatry*, 147 (11), 1557-1561.
- Marpsat, M. (1995). *Enquête n° 142*. París. Institut National D'Etudes Demographiques.
- Marpsat, M. y Firdion, J.M. (1996). *The homeless in Paris: A representative sample survey of users of services for the homeless*. III FEANTSA MEETING: Viena.
- Marpsat, M. y Firdion, J.M. (1998). Las personas sin hogar en París: encuesta a una muestra representativa de usuarios de servicios para personas sin hogar. *Intervención psicosocial*, 7 (1), 47-73.
- Marpsat, M. y Firdion, J.M. (2000a). Les personnes sans domicile à Paris: Caractéristiques, trajectoires et modes de vie. En M. Marpsat y F.M. Firdion (Eds). *La rue et le foyer: Une recherche sur les sans-domicilie et les mal-logés dans les années 1990*. París: INED.

- Marpsat, M. y Firdion, J.M. (2000b). Mode d'hébergement et utilisation des services. En M. Marpsat y F.M. Firdion (Eds). *La rue et le foyer: Une recherche sur les sans-domicilie et les mal-logés dans les années 1990*. París: INED.
- Martín Barroso, C.; Alba, F; Díaz, J.M y Sastre, V.J. (1985). Transeúntes y albergues. *Documentación social*, 60-61.
- Martin, E. (1992). Assessment of S-Night street enumeration in the 1990 Census. *Evaluation review*, 16 (4), 418-438.
- Marx, C. (1931). *El capital. Crítica de la economía política*. Madrid: Aguilar.
- Mayfield, D; McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American journal of psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McCarthy, W.D. (1990). Life on the street: serious theft, drug-selling, and prostitution among homeless youth. *The humanities and social sciences*, 51 (4), 1397-A.
- McKinney Homeless Assistant Act (1987). Washington, D.C: NACHC.
- Meltzer, H. Y. (1994). *Survey of Health and Well-Being among People With Housing Needs. Hostels and PSL Schedule*. Londres: Office of Population Censuses and Surveys.
- Metraux, S. y Culhane, D.P. (1999). Family dynamics, housing, and recurring homelessness among women in New York City homeless shelters. *Journal of family issues*, 20 (3), 371-396.
- Miguel, J; Rodríguez, J; Jovell, A.J; Collado, A; Gallo De Puelles, P; Caïs, J. Y Castilla, E.J. (1994). Sanidad y salud. En M. Juarez *et al.* (Eds.) *V informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Milligan, T.A. y Will, J. (2000). *Is the best of times or is the worst of times?. The persistence of homelessness in the shadow of economic prosperity*. Paper de la Society for the Study of Social Problems (SSSP).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1991). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1998). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1977). *El Libro Blanco de la Seguridad Social*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- Moreno, L. y Pérez-Iruela, M. (1992). *Política social y estado de bienestar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Morse, G.A. (1992). Causes of homelessness. En M.J. Robertson and M. Greenblatt (Eds). *Homelessness: A national perspective*. NuevaYork: Plenum Press.
- Morse, G.A. y Calsyn, R. (1986). Mentally disturbed homeless people in St. Louis: Needy, willing, but underserved. *International journal of mental health*, 14 (4), 74-79.
- Morse, G.A. y Calsyn, R. (1990). Homeless men and women: Commonalties and a service gender gap. *American journal of community psychology*, 18, 597-607.
- Morse, G.A; Calsyn, R.J. y Burger, G.K. (1991). A comparison of taxonomic systems for classifying homeless men. *International journal of social psychiatric*, 37 (2), 90-98.
- Mouren, M.C; Rajaona, M.R; Thieboux, M. y Tatossian, A. (1977). Le Vagabondage: Aspects psychologiques et psychopatologiques. *Annales médico-psychologiques* 2,3: 415-447.
- Mowbray, C.T. Solarz, A; Johnson, V.S.; Phillips-Smith, E. y Combs, C.J. (1986). *Mental health and homelessness in Detroit*. Lansing: Michigan Department of Mental Health.
- Mowbray, C.T; Solarz A, Combs, C. y Johnson, S. (1986). Mental illness and homelessness in Detroit Research and case studies. *Psychosocial rehabilitation journal*, 10 (2), 5-13.
- Mulkein, V. y Bradley V. (1986). Service utilization and service preferences of homeless persons. *Psychosocial rehabilitation journal*, 10, 23-29.

- Mulkein, V; Brandley, V; Spence, R; Allein, S. y Oldham, J. (1985). *The Homeless Needs Assessment Study: Findings and recommendations for the Massachusetts Department of Mental Health*. Boston: Human Services Research Institute.
- Muñoz, M. y Vázquez, C. (1996). *Estudio de los factores económicos y psicosociales que afectan a las personas sin hogar*, Proyecto CICYT nº SEC96-1008-95. Plan Nacional I+D.
- Muñoz, M. y Vázquez, C. (1998). Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española. *Intervención psicosocial*, 7 (1), 7-26
- Muñoz, M; Roa, A; Crespo, M; Pérez, E; Guisado, A.B; Iruarrizaga, M.I; Vázquez, J.J; Bravo, M.F; Hernández, M; Ezquiaga, J.M. y Ladrón, A. (2000). *Viabilidad y efectividad de los programas de lucha contra la exclusión social: componentes psicosociales, de salud, formación y empleo*. Proyecto SEC2000-0712. Ministerio de Educación y Cultura. Plan I+D+I.
- Muñoz, M; Vázquez, C. y Cruzado, J.A. (1995). *Personas sin hogar en Madrid: informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.
- Muñoz, M; Vázquez, C. y Vázquez, J.J. (1997). *Estudio sobre los factores que afectan a las personas sin hogar en la Comunidad Autónoma de Madrid*. Informe interno de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Muñoz, M; Vázquez, C. y Vázquez, J.J. (1998). *Atrapados en la calle: testimonios de personas sin hogar con problemas de salud mental*. Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Muñoz, M; Vázquez, C; Bermejo, M. y Vázquez, J.J. (1999). Stressful life events among homeless people: Quantity, types, timing and perceived causality. *Journal of community psychology*, 27 (1), 73-87.
- Muñoz, M; Vázquez, C; Bermejo, M; Vázquez, J.J. y Sanz J. (1996). Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CID-I. *Archivos de neurobiología*, 59, 270-282.

- Muñoz, M; Vázquez, C; Koegel, P; Sanz, J. y Burnam, A. (1998). Differential patterns of mental disorders among homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33, 514-520.
- Muñoz, M; Vázquez, C; Vázquez, J.J; Guisado, A.B; Bermejo, M. y Crespo, M. (En prensa). Procedimiento de muestreo representativo de las personas sin hogar (PSH): Avance de un estudio descriptivo en Madrid. *Revista internacional de sociología*.
- Muñoz, M; y Vázquez, C. (1997). *Informe psicosocial del Estudio Europeo de la F.M.S.M.* Trabajo presentado en el Cuarto Seminario Europeo Salud Mental y Exclusión Social (S.M.E.S.). Madrid (16-1 abril).
- National Institute on Drug Abuse (1993); *The Washington D.C. Metropolitan Area Drug Study*. Washington D.C: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Resource Center on Homelessness and Mental Illness. (1990). *Working with dually diagnosed homeless persons: An overview*. Delmar. Nueva York: Policy Research Associates.
- Nerín, J.M. (1996). *Volver a ser. Modelo de intervención social con transeúntes*. Madrid: Cáritas.
- North, C.S. y Smith, E.M. (1992). Post-traumatic stress disorder among homeless men and women. *Hospital and community psychiatry*, 43 (10),1010-1016.
- Olfson, M; Mechanic, D; Hansell, S; Boyer, C.A. y Walkup, J. (1999). Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 50 (5), 667-673.
- Padgett, D.K; Struening, E.L; Andrews H. y Pittman, J. (1995). Predictors of emergency room use by homeless adults in New York city: The influence of predisposing, enabling, and need factors. *Social science Medical*, 41 (4), 547-556.
- Partido Socialista Obrero Español. (1984). Servicios sociales comunitarios. *Cuadernos de acción social*, 18, 18-19.

- Pérez, D. y Blajot, V. (1994). Los centros de acogida como equipamiento de la red integrada de servicios sociales. En FEMP (Ed.). *Albergues y centros de acogida municipales*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
- Pérez, M. y Sáez, H. (2000). *Pobreza y exclusión social en Andalucía*. Sevilla: Instituto de Estudios Sociales de Andalucía.
- Pérez, M.C; Rico, M.C y Serrano, M.C. (1997). Una experiencia de inserción social en el albergue de transeúntes "Jesús Abandonado". *La cristalera: Revista de asuntos sociales*, 7, 83-86.
- Pichon, P. (2000). Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans domicile fixe. En M. Marpsat y F.M. Firdion (Eds). *La rue et le foyer: Une recherche sur les sans-domicilie et les mal-logés dans les années 1990*. París: INED.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2001). *Informe sobre desarrollo humano 2001*. Madrid: Mundi-Prensa.
- Rafferty, Y. (1990). *Oversight hearing on homelessness*. Testimony on behalf of Avocates for Children of New York and the American Psychological Association before the Human Resources and Intergovernmental Relations Subcommittee of the Committee on Government Operations.
- Reed, P. y Klee, H. (1999). Young homeless people and service provision. *Health and social care in the community*, 7 (1), 17-24.
- Reig, A. y Merino, E. (1994). El sistema político español. En M. Pastor (Ed.) *Fundamentos de ciencia política*. Madrid: McGraw-Hill.
- Renes, V. (1994). *Luchar contra la pobreza hoy*. Madrid: Ediciones HOAC.
- Rickards, L.D; Leginski, W; Randolph, F.L; Oakley, D; Herrell, J.M. y Gallagher, C. (1999). Cooperative agreements for CMHS/CSAT collaborative program to prevent homelessness: An overview. *Alcoholism treatment quarterly*, 17 (1-2), 1-15.
- Rico, P; Vega, L.S. y Aranguren, L. (1994) Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14, 633-649.

- Robertson, M.J. (1992). The prevalence of mental disorders among homeless people. En Jahiel R.I. (Ed) *Homelessness*. Nueva York: John Hopkins University Press.
- Rodríguez Cabrero, G. (1994). Políticas de Rentas. En M. Juárez *et al.* (Eds.) *V informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Rodríguez Díaz, A. (1987). *Transeúntes e indigentes: estados de respuesta y necesidad*. Madrid: Concejalía de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.
- Rodríguez, A; Jourón, F. y Fernández, M.V. (1998). Rehabilitación e inserción social de los enfermos mentales crónicos sin hogar. *Intervención psicosocial*, 7 (1), 75-96.
- Ropers, R. y Boyer, R. (1987). Perceived health status among the new urban homeless. *Social science medicine*, 24 (8), 669-678.
- Rosnow, M.J; Shaw, T. y Concord, C.S. (1986). Listening to the homeless: A study of mentally ill persons in Milwaukee. *Psychological rehabilitation journal*, 9 (4), 64-77.
- Rossi, P.H. (1989). *Down and out in America. The origins of homelessness*. Chicago: University Chicago Press.
- Rossi, P.H. (1990). The old homeless and the new homelessness in historical perspective. *American psychologist*, 45 (8), 954-959.
- Rossi, P.H. y Freeman, H.E. (1989). *Evaluación: un enfoque sistemático para programas sociales*. México: Editorial Trillas.
- Rossi, P.H; Wright, J.D; Fisher, G.A. y Willis, G. (1987). The urban homeless: Estimating, composition and size. *Science*, 235, 1336-1341.
- Roth, D. y Bean, J. (1986). The Ohio study: A comprehensive look at homelessness. *Psychosocial rehabilitation journal*, 9 (4), 31-38.
- Roth, D; Bean, J; Stefl, M.E. y Howe, A.R. (1985). *Homelessness in Ohio: Findings from a Statewide Study*. Ohio: Ohio Department of Mental Health.
- Roussel, L. (1986). Evolution recente de la structure des ménages dans quelques pays industriels. *Population*, 41, 913-934.

- Rubiol, G. (1984). Los Servicios sociales de atención primaria en algunos países europeos. En Comité Español para el Bienestar Social (Ed.) *Los servicios asistenciales y sociales de atención primaria*. Madrid: Ed. Acebo.
- Sachs-Ericsson, N; Ciarlo, J; Tweed, D; Dilts, S. y Casper, E. (1994). The Colorado homeless mentally ill: User and nonusers of services: An empirical investigation of "difficult to treat" characteristics. *American journal of community psychology*, 22, 339-345.
- Sales y Ferre, M. (1911). *Problemas sociales*. Madrid: Librería General Victoriano Suarez.
- Salinas, F. (1990). *Sans-abri en Espagne, Observatoire National des Sans-abri en Espagne*. Bruselas: FEANTSA.
- Salinas, F. (1991). *Sans-abri en Espagne, Observatoire National des Sans-abri en Espagne*. Bruselas: FEANTSA.
- Salinas, F. (1992). *Sans-abri en Espagne, Observatoire National des Sans-abri en Espagne*. Bruselas: FEANTSA.
- Salinas, F. (1993). *Informe Final del Observatorio Español de los Sin Techo*. Madrid: CARITAS Española.
- Salinas, F. (1994). *Sans-abri en Espagne, Observatoire National des Sans-abri en Espagne*. Bruselas: FEANTSA.
- Salinas, F. (1995). *Sans-abri en Espagne, Observatoire National des Sans-abri en Espagne*. Bruselas: FEANTSA.
- Salinas, F. y León, J. (1995). *El derecho a la vivienda como factor de integración social. Informe final España 1995 del Observatorio Nacional de los Sin Techo*. Bruselas: FEANTSA.
- Sánchez, M.R. (1999). *La población "Sin Techo" en España: un caso extremo de exclusión social*. Madrid: Editorial Sistema.
- Santa y Real Hermandad de Nuestra Señora del Refugio y la Piedad. (1642). *Estatutos y reglamentos*.
- Santolaria, F. (2000). Estudio introductorio. En Miguel de Giginta (Ed.) *Tratado de remedio de pobres*. Barcelona: Ariel Historia.

- Sarason, B.R; Sarason, I.G. y Pierce, G.R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. En B. Sarason, I.G. Sarason et al. (Ed.) *Social support: An interactional view*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Schutt, R.K. y Garrett, G.R. (1992). *Responding to the homeless: Policy and practice*. Nueva York: Plennun Press.
- Scott, J. (1993). Homeless and mental illness. *British journal of psychiatry*, 162, 314-324.
- Seligman, M.E. y Peterson, C. (1992). *Learned helplessness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Shinn, M. y Weitzman, B.C. (Eds.) (1990) Urban homelessness (Special issue). *Journal of Social Issues*, 46 (4).
- Shinn, M; Knickman, J.R. y Weitzman, B.C. (1991). Social relationships and vulnerability to becoming homeless among poor families. *American psychologist*, 46 (11), 1180-1187.
- Shlay A.B. y Rossi, P.H. (1992). Social science research and contemporary studies of homelessness. *Annual review of sociology*, 18, 129-160.
- Smollar, J. (1999). Homeless youth in the United States: Description and developmental issues. *New directions for child and adolescent development*, 85, 47-58.
- Snow, D. y Anderson, L. (1993). *Down and their luck, a study of homeless street people*. Los Angeles: University of California Press.
- Solarz, A. y Bogat, A. (1990). When social supports fails: The homeless. *Journal of community psychology*, 18, 79-96.
- Solé, J. (1994). Enfermos mentales sin hogar. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21, 126-134.
- Sosin, M.R; Schwingen, J. y Yamaguchi, J. (1993). Case management and supported housing in Chicago: The interaction of program resources and client characteristics. Special issue: Treatment of the chemically dependent homeless: Theory and implementation in fourteen American projects. *Alcoholism treatment quarterly*, 10 (3-4), 35-50.
- Sosin, M; Piliavin, I. y Westerfelt, H. (1990). Toward a longitudinal analysis of homelessness. *Journal of social issues*, 46 (4), 157-174.

- Stark, C; Scott, J. y Hill, M. (1989). *A survey of the "Long stay" user of DSS resettlement units: A research report*. Londres: Department of Social Security.
- Stark, R. (1992). Counting the homeless: An assessment of "S-Night" in Phoenix. *Evaluation review*, 16 (4), 400-408.
- Stein, J.A. y Gelberg, L. (1995). Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 3 (1), 75-86.
- Stovall, J. y Flaherty, J. (1994). Homeless women, disaffiliation and social agencies. *International journal of social psychiatry*, 40 (2), 135-140.
- Stuart B. Mackinney Homeless Assistance Act. (1987) 42 USC 11301, July 22.
- Susser, E; Conover, S. y Struening, E.L. (1989). Problems of epidemiologic method in assessing the type and extent of mental illness among homeless adults. *Hospital and community psychiatry*, 40 (3), 261-265.
- Susser, E; Conover, S. y Struening, E.L. (1990). Mental illness in the homeless: Problems of epidemiologic method in surveys of the 1980s. *Community mental health journal*, 26, 391-414.
- Taeuber, C.M. y Siegel, P.M. (1991). Counting the nation's homeless population en the 1990 census. En C.M. Taeuber (Ed.) *Conference proceedings for enumerating homeless persons: Methods and data needs*. Washington, D.C: Bureau of the Census.
- Tavecchio, L.W; Thomeer, M.A. y Meeus, W. (1999). Attachment, social network, and homelessness in young people. *Social behavior and personality*, 27 (3), 247-262.
- Taylor, S. (1989). *Positive illusions*. Nueva York: Random House.
- Taylor-Gooby, P. (1996). Eurosclerosis in European welfare states: Regime theory and the dynamics of change. *Policy and politics*, 24 (2), 109-123.
- Tessler, R.C. y Dennis, D.L. (1989). *A synthesis of NIMH-funded research concerning persons who are homeless and mentally ill*. Program for the HMI, Division of Education and Service Systems Liaison, N.I.M.H.

- Thornberry, J., Ardini, M., y Dennis, M.L. (1991). *Washington D.C. Metropolitan Area Drug Study. Homeless and transient population drug study*. Washington, D.C. National Institute on Drug Abuse.
- Toharia, L; Garrido, L.J. y Muro, J. (1994). Empleo y paro. En M. Juarez *et al.* (Eds.) *V informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Toro, P.A. Rojansky, A. (199). Homeless: Some thoughts from an international perspective. *The Community psychologist*, 24 (1), 8-11.
- Toro, P.A. y Wall, D.D. (1991). Research on homeless persons: Diagnostic comparisons and practice implications. *Professional psychology research and practice*, 22 (6), 479-488.
- Toro, P.A; Trickett, E.J; Wall, D.D. y Salem, D.A. (1991). Homelessness in the United States: An ecological perspective. *American psychologist*, 46 (11), 1208-1218.
- Tusell, J; Avilés, J; Martínez de Velasco, A; García, G; Gil, J; Buldian, B; Morales, V; Alted, A; Clara, A; De la Torre, H. y Montero, F. (1992). *Historia política y social moderna y contemporánea*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Tyler, K.A; Hoyt, D.R. y Whitbeck, L.B. (2000). Effects of early sexual abuse on later sexual victimization among female homeless and runaway adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 15 (3), 235-250.
- U.S. Department of Agriculture. Human Nutrition Information Service (1986). Nutrition and your health, dietary guidelines for americans: Eat a variety of foods. *Home and garden bulletin*, 232-1.
- UNESPA (1981). *El mutualismo patronal en España*. Madrid: UNESPA.
- Unger, J.B; Kipke, M.D; Simon, T.R; Johnson, C.J; Montgomery, S.B. e Iverson, E. (1998). Stress, coping, and social support among homeless youth. *Journal of adolescent research*, 13 (2), 134-157.
- United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration (1983). *Alcohol, drug abuse, and mental health problems of the homeless. Proceedings of a round table*. Washington, D.C: ADAMHA.

- United States Conference of Mayors (1989). *A status report on hunger and homelessness in America's cities: A 27 City Survey*. Washington, D.C: The U.S. Conference of Mayors.
- United States Conference of Mayors (1993). *A status report on hunger and homelessness in America's cities: 1993*. Washington, D.C: The U.S. Conference of Mayors.
- United States Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research (1984). *A report to the secretary on the homeless and emergency shelters*. Washington D.C: U.S. Department of Housing and Urban Development.
- United States Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research (1986). *A report to the secretary on the homeless and emergency shelters*. Washington D.C: U.S. Department of Housing and Urban Development.
- United States Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research (1989). *A report to the secretary on the homeless and emergency shelters*. Washington D.C: U.S. Department of Housing and Urban Development.
- Valenzuela, M. (1994). La vivienda. En M. Juárez *et al.* (Eds.) *V informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.
- VanGeest, J.B; Johnson, T.P. y Warnecke, R.B. (2000). Pathways to the streets: Modeling transitions from at-risk situations to literal homelessness. *American Sociological Association*.
- Vázquez, C. (1990). Historia de la psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill
- Vázquez, C; Muñoz, M. y Rodríguez, A. (1999). Homelessness in Spain. En Carl O. Helvie y W. Kunstmann (Eds.), *Homeless: An international perspective*. Westport, C.T: Greenwood Press.

- Vázquez, C; Muñoz, M. y Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta psychiatrica scandinavica*, 95, 523-530.
- Vázquez, C; Muñoz, M. y Vázquez, J.J. (1996). Personas sin hogar y exclusión social en la Unión Europea: factores económicos y psicosociales. En *Cursos de Verano 1996: El Escorial*. Madrid: Fundación General de la Universidad Complutense.
- Vázquez, C; Muñoz, M; Crespo, M; Guisado, A.B. y Dennis, M.L. (En prensa). A comparative study of the 12-month prevalence of physical diseases among homeless persons in Madrid (Spain) and Washington D.C. (USA). *Journal of social issues*.
- Vega, L.S. (1996). *Salud mental en población sin hogar: Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes de Gijón (Asturias)*. Oviedo: Sespa.
- Vielva, M.C. (1992). Estrés psicosocial y alteraciones emocionales en transeúntes marginados. Papel modular de las redes de apoyo social. *Intervención psicosocial*, 1, 79-86.
- Vives, J. L. (1992). *De subventine pauperum*. Barcelona: Ed. Hacer.
- Wagner, J.K. y Perrine, R.M. (1994). Women at risk for homelessness: Comparison between housed and homeless women. *Psychological reports*, 75, 1671-1678.
- Weller, B; Weller, M. y Coker, E. (1987). Crisis at christmas 1986. *Lancet*, I, 553-554.
- Wiegand, R.B. (1985). Counting the homeless. *American demographics*, 12.
- Wilkinson, R. (1993). The impact of income inequality on life expectancy. En S. Platt, H. Thomas, S. Scott y G. Willians (Eds.). *Locating health: sociological and historical explanations*. Aldershot: Avebury.
- Williams, T.M. y Komblum, W. (1985). *Growing up poor*. Lexington: Lexington Books.
- Wiseman, J.P. (1970). *Stations of the Lost*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall International.

- Wolfe, S.M; Toro, P.A. y MaCaskill, P.A. (1999). A comparison of homeless matched housed adolescents on family environment variables. *Journal of research on adolescence*, 9 (1), 53-56.
- Wright, J.D. y Devine, J. (1992). Counting the homeless: The Census Bureau's "S-Night" in five U.S. cities. *Evaluation review*, 16 (4), 355-364.
- Wright, J.D. y Weber, E. (1987). *Homeless and health*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Wright, J.D; Rubin, B.A. y Devine, J. (1998). *Beside the golden door: Policy, politics and the homeless*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Zlotnick, C; Robertson, M.J. y Wright, M.A. (1999). The impact of childhood foster care and out-of-home placement on homeless women and their children. *Child abuse and neglect*, 23 (11), 1057-1068.

Anexo 1.

LISTADO DE RECURSOS DISPONIBLES EN LA CIUDAD DE MADRID

Servicio: Alojamiento	Teléfono y dirección	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
Centro Municipal de Acogida "San Isidro"	Tel. 5478737 Paseo del Rey, 34	279 Mixto	83 30%	196 70%	Alojamiento Comedor (desayuno, comida y cena) Atención psicosocial Atención médico-sanitaria Terapia ocupacional Talleres de trabajo Peluquería Lavandería Ropero...		279 Comedor: 300
Albergue "Pabellón de Mayorales"	Tel. 4640372 Casa de Campo	110	95 86%	15 14%	Alojamiento. Comedor (desayuno y cena). Actuación en Emergencia. Coordinación con: Red de atención. S.I.T.A.D.E. Otras áreas municipales. Ropero (entregas puntuales). Duchas. Atención individualizada.	Criterios establecidos por el Ayuntamiento: mayores de 18 años, no consumir alcohol ni otras sustancias psicoactivas....	110
Albergue "San Juan de Dios"	Tel. 3440020. C/ Herreros de Tejada, 3	230	230 100%		Alojamiento. Comedor (cena y desayuno). Información. Ropero. Rehabilitación psicosocial (20 usuarios).		
Albergue de "San Martín de Porres"	Tel. 4717262 C/ Vía Carpetana, 47	72	72 100%		Alojamiento. Comedor (cena, desayuno y merienda). Ropero. Talleres informativos, productivos y ocupacionales. Programa de miniresidencia para 15 usuarios.	Varones entre 18 y 65 años, carentes de recursos y que no hayan estado antes en otro albergue.	60

Servicio: Alojamiento	Teléfono y dirección	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
Albergue "Santa María de La Paz".	Tel. 766.20.87 C/ Camino del Guijarro, 8.	110	110 100%		Alojamiento. Comedor (desayuno, comida y cena). Taller ocupacional.	Mayores de 45 años	110
Asociación "Jesús Caminante".	Tel. 324.18.27. C/ Resinería, 12.	40	20 50%	20 50%	Atención integral (alojamiento, comedor, ropero...).	Personas con menos posibilidades (económicas, de integración...).	40
Alojamiento en pisos "El Olivar".	Tel. 388.20.36 C/ Tribaldos, 4. 4ºC.	5			Alojamiento.	Jóvenes sin techo, entre 18 y 26 años.	5
Albergue de las "Damas Apostólicas".	Tel. 445.41.69. C/ Santa Engracia, 11	40		40 40%	Alojamiento. Centro de día. Comedor (40 plazas para los que se alojan en el albergue y 110 como comedor social mixto).		40
"Casa para los pobres".	Tel. 588.32.58.						
Teresa de Calcuta.	Tel. 463.37.44. Pº Ermita del Santo, 46	40 Mixto				También atiende a varones enfermos de SIDA terminales sin otros recursos residenciales.	40
Religiosas Oblatas.	Tel. 462.89.37.	9-10		100%	Alojamiento. Comedor. Guardería.	Madres solteras y embarazadas.	Actualmente 8 mujeres inmigrantes con niños y 5 embarazadas
Fundación Madres Solteras.	Tel. 532.62.54.				Ropa para bebé y productos de lactancia. Ayuda en la gestión de recursos.		

Servicio: Alojamiento poblaciones especiales	Teléfono	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
Piso tutelado para personas mayores.	Tel. 429 75.25	11		100%	Alojamiento. Manutención. Actividades de ocio y tiempo libre.	Mujeres mayores de 65 años sin recursos de alojamiento y convivencia Aportación del beneficiario según baremo (se le gestiona Pensión No Contributiva).	11
Programa de Acogimiento Familiar para Personas Mayores.	Tel. 532.55.55.	45	27 60%	18 40%	Alojamiento y asistencia.	Personas Mayores de 65 años válidas sin apoyo sociofamiliar. No es necesario que estén "sin hogar". Combinación de pensión con beca aportada por la CAM.	
Plazas de Acogida para enfermos de SIDA.	Tel. 532.55.55.	8-9	6-7 80%	1-2 20%	Alojamiento. Convivencia. Seguimiento socio- sanitario.	Personas que se encuentren en fase terminal de SIDA. Es necesario presentar un informe social y médico que refleje tal situación y la carencia de apoyo social y desarraigo.	8-9

Servicio: Alojamiento poblaciones especiales	Teléfono y dirección	Características	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
Programa de Atención a Drogodependientes "Sin Techo" en tratamiento con metadona.	Tel 429.19.60. C/ Fúcar, 8.	Centro municipal nocturno (Ayto). Empresa adjudicataria Alma-Ata. Tareas de Rehabilitación Psicosocial. Cruz Roja Española, a través de voluntariado, en el programa de mantenimiento con metadona. 250 plazas (20 plazas más, para mujeres embarazadas).	Alojamiento a través de los centros públicos y privados de acogida al transeúnte. Tratamiento con metadona. Intercambio de jeringuillas. Atención sanitaria. Atención social.	Pacientes en tratamiento con metadona sin apoyo familiar (algunos en situación SH). Los criterios los determinan los C.A.D de zona. Algunos de ellos sólo intervienen en el programa de rehabilitación psicosocial	250 + 20.

Servicio: Alojamiento inmigrantes	Teléfono y dirección	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
Comisión Católica Española de Migración (CCEM)	Tel. 532.74.78. C/ Valenzuela, 10. 1º.	Mixto. 90.			Alojamiento (pisos). Entrega de alimentos. Información y orientación. Formación profesional / bolsa de empleo.	Solicitantes de asilo y refugio, desplazados.	90
Asociación de amigos hispano-iraquíes.	Tel. 547.61.65. C/ Cruz, 26.4º	Mixto.			Alojamiento (Pisos Tutelados). Comedor: bocadillos, comidas calientes y comida para llevar. Ropero. Formación profesional.	Población inmigrante en general.	
Centro de Acogida al Refugiado (CAR) de Vallecas.	Tel. 777.78.14. C/ Luís Buñuel,2.	Mixto. 96 (actual- mente 81)			Información. Alojamiento. Comedor (sólo para residentes). Ayuda en la búsqueda de empleo.	Solicitantes de asilo y refugio, y asilados (con 6 meses máximo de estancia en España).	81
Centro Norte.	C/ González Amigo, 24.		100%		Alojamiento. Comedor. Ropero. Información.	Población inmigrante.	
Federacion de Organizaciones de Refugiados y Asilados en España (FEDORA).	Tel. 523.34.91. C/ Arlabán, 7.				Alojamiento (Pisos tutelados). Comedor.	Solicitantes de asilo y refugio.	
Centro "El Parque"	Tel. 754. 19.19.				Alojamiento. Comedor (cena y desayuno). Orientación y seguimiento social.	Inmigrante en proceso de trámite de su condición de refugiado o para aquellos que ha sido desestimada su petición.	
Centro "Almancil".	Tel. 386.26.01. C/Ponferrada, 49.				Acogida. Idioma.	Inmigrantes marroquíes.	

Servicio: Alojamiento inmigrantes	Teléfono y dirección	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
Karibu.	Tel. 553.18.73. C/ Santa Engracia, 140. Tel. 547.71.26 C/ Silva, 21. Tel. 594.32.82. C/ José Marañón.				Apoyo jurídico, médico, lenguaje, Comedor, ropero y trámites administrativos	Refugiados políticos y solicitantes de refugio y asilo.	
Centro "Santa Isabel".	Tel. 310.17.13. C/ Hortaleza, 77.				Idiomas. Desarrollo de actividades de tiempo libre. Preescolar y graduado escolar.		

Servicio: Comedor	Teléfono y dirección	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
María Inmaculada.	Tel. 446.61.67. 445.74.12. C/ General Martínez Campos, 18.	40 Mixto.			Comidas. Asistencia Social.		400 (también hay autoservicio)
San Francisco (Parroquia "San Bruno").	Tel. 554.56.42. C/General Asensio Cabanillas, 23 y 25.	100	100%		Comidas. Bocadillos.		100 130 (bocadillos)
Damas Apostólicas.	Tel. 445.41.69. C/ José Marañón, 15 esq. Con Santa Engracia, 11.	110	100%		Comidas.		110
San Alfonso.	Tel. 528.57.05. Mesón de Paredes, 78.	50 Mixto			Comidas. Domingo: bocadillos. Ropero (lunes y jueves 11,30 horas).		50
Comedor de Exiliados.	Tel. 527.17.29. C/ Canarias, 5.	500 Mixto			Todos los días: comidas y bocadillos. Sábados y domingos: Bolsa de comida. También comida para llevar (si la familia es numerosa).	Pasar por Cruz Roja. Solicitantes de asilo y refugio	450
Ave María.	Tel. 429.39.97/ C/ Dr. Cortezo, 4	Cada turno 60. Mixto.			Desayuno (Bocadillo y café). Ropero (miércoles de 16,30 a 18,00 h, cita previa, 10,00). Gabinete de escucha. Atención médica.		250-300
Comedor "Madre Teresa de Calcuta".	Tel. 463. 37.03. C/ Ronda de Segovia, 1.	Mixto. 120-150. Domingo: en torno a 200 (2 turnos).			Cenas.	También admite inmigrantes.	120-150 Domingo: 200 (2 turnos)
Hermandad "El refugio"	Tel. 522.00.70. C/ Corredera Baja de San Pablo, 16.	Mixto. 56 (cenas).			Cenas. Bocadillos (100-150, diarios). Domingo: bolsa de comida. Ropero (miércoles de 10:00 a 11:00 horas). Asistencia Social.		56 100-150- 200 25

Servicio: Comedor	Teléfono y dirección	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
Terciarias Capuchinas (Comedor San Francisco de Asís).	Tel. 554.56.42. C/ General Asensio Cabanilles, 25.				Bocadillos y comida caliente.	Cita previa.	
Hermanitas de los pobres.	Tel. 319.20.96. C/ Almagro, 7.	Mixto. 150.			Bocadillos		150
Hijas de la Caridad.	Tel. 310.09.16. 528.57.05. C/ Hortaleza, 77.	Mixto. 50.			Bocadillos		50
Residencia Tagaste.	Tel. 435.41.80. C/ General Pardiñas, 34, bis.	Mixto. 40-50.			Bocadillos		40-50
Colegio Sagrado Corazón.	Tel. 543.64.06. C/ Romero Robledo, 27.	Mixto. 30.			Bocadillos		30
Misioneras Santo Sacramento.	Tel. 319.44.92. 319.92.37. C/ San Lucas, 7.	Mixto. 120.			Desayuno (bocadillos y café). Ropero.		120
Colegio Divina Pastora.	Tel. 534.50.05. C/ Santa Engracia, 140.	Mixto.			Bocadillos		50 (domingos menos)
Solidarios para el Desarrollo	Tel. 394.64.25. Pabellón de Gobierno UCM.				Prestaciones en la calle: Café y bocadillos. Orientación e información.		70

Servicio: Duchas / baños públicos	Teléfono y dirección	Nº plazas	H %	M %	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión	Nº servicios por día
	Tel. 533.59.24. C/ Bravo Murillo, 137.	Mixto.			Baños públicos.		86
	Tel. 365.76.19. Plaza de la Cebada, 1	Mixto.			Baños públicos.		80-100
	Tel. 527.27.49. C/ Glorieta de Embajadores, 5.	Mixto.			Baños públicos		300

Servicio: Ropero	Teléfono y dirección	Horario	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión
Asociación Chilena Pro-Derechos Humanos.	Tel. 369.16.52. C/ Tirso de Molina, 3. 1º	Horario: Martes tarde.	Ropero.	Población chilena y latinoamericana
Centro de Acción Social San Rafael / Al-Mourad.	Tel. 316.69.72. C/ Isla Saipán, 35.	Jueves de 16,00 a 20,00 horas.	Ropero.	Población inmigrante.
Comité Internacional de Rescate.	Tel. 447.28.72. C/ Luchana, 36. 4º Drcha.	Lunes a viernes de 10,00 a 18,30 horas.	Ropero.	Población Inmigrante.
Parroquia de la Milagrosa.	Tel. 446.61.50. 447.32.49. C/ García Paredes, 45.	Lunes de 16,00 a 19,00 h. (hombres) y martes de 9,00 a 14,00 horas (mujeres).	Ropero.	
Parroquia Padres Carmelitas. Parroquia Santa María del Monte Carmelo.	Tel. 576.49.46. C/ Ayala, 35, 37.	Lunes y miércoles de 11,00 a 12,30 horas.	Ropero.	
Parroquia Santa Teresa y Santa Isabel.	Tel. 448.36.20. Glorieta Pintor Sorolla, s/n.	Lunes de 17,30 a 20,00 horas.	Ropero.	
Parroquia Santísimo Sacramento.	Tel. 573.32.04. Alcalde Sainz de Baranda, 3.	Todos los días de 12,00 a 13,00 horas.	Ropero.	
Parroquia San Antonio de Cuatro Caminos.	Tel. 533.88.96. C/ Bravo Murillo, 150.	Todos los días de 10,00 a 11,00 horas.	Ropero.	
Parroquia San Dámaso.	Tel. 733.94.09. C/ Mauricio Legendre, 10.	Todos los días de 10,30 a 12,30 horas. Cerrado del 15 de junio al 15 de septiembre.	Ropero.	
Parroquia San Antonio del Retiro.	Tel. 435.10.51. C/ Duque de Sesto, 9.	Todos los días de 19,00 a 20,00 horas.	Ropero.	
Parroquia Nuestra Señora del Rosario de Filipinas.	Tel. 401.32.50. C/ Conde de Peñalver, 40.	Lunes y miércoles de 16,00 a 18,00 horas. Cerrado del 15 de junio al 15 de septiembre.	Ropero.	
Parroquia San Lorenzo.	Tel. 527.34.61. C/ Doctor Piga,4.	Martes y jueves de 18,00 a 19,00 horas.	Ropero.	
Parroquia Nuestra Señora de Concepción.	Tel. 431.11.51. C/ Goya, 26.	Lunes y jueves de 10,30 a 12,00 horas. Cerrado de julio a septiembre.	Ropero	
Parroquia San José.	Tel. 522.67.84./97. C/ Alcalá, 43.	Martes y jueves de 11,00 a 12,00 horas. Cerrado en verano.	Ropero.	

Servicio: Centros de información y acogida	Teléfono y dirección	Características	Prestaciones
Servicio Telefónico de Información y Atención de Emergencias (S.I.T.A.D.E.).	Tel. 900.100.333	Ayuntamiento de Madrid. Servicio Permanente: 24 horas al día, todo el año.	Información.
Centro de Acogida, Recepción e información de Cáritas. (C.E.D.I.A.)	Tel. 479.04.63. 541.65.12. Pl. de la Marina Española, 12.	Cáritas.	Información.
Asociación Realidades.	Tel. 593.91.21. C/San Andrés, 21.		
Médicos del Mundo.	Tel. 348.50.24, 409.20.65 (tardes).	Centro de atención socio-sanitaria a inmigrantes. Cita previa.	

Servicio: Otros	Teléfono y dirección	Características	Prestaciones	Criterios de admisión / exclusión
Unidad Móvil de Emergencia Social, UMES (2).	GRUPO 5.	Municipal. Entidad adjudicataria : GRUPO 5.	Detección y atención en situaciones de emergencia. Tratamiento y seguimiento de los casos conocidos. Tramitación de documentación básica.	Menores de 16 años en situación de mendicidad, adultos en situación de S.H, ancianos o personas con sus facultades mentales alteradas
Taller de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de M.S.H.	Instituto para la Promoción Social (I.P.S.)	Municipal. Entidad adjudicataria: I.P.S. Mínimo de 40 personas.	Talleres Ocupacionales: salud, ocio, búsqueda de empleo. Cubre las comidas de mediodía y el transporte.	
Centro de noche.	Tel. 450.28.05.	Centro sin cama donde pasar la noche.		
Servicios Sociales de las Juntas de Distrito del Ayuntamiento de Madrid.				
Realidades.	Tel. 593.91.21. C/ San Andrés, 21.		Mejorar la calidad de vida de las personas sin hogar.	
Cáritas	Tel. 542.01.00.		Colaborar en tareas de ayuda a "sin hogar".	
Traperos de Emaús.	Tel. 785.57.87. C/ Cabo Tarifa, 180.			

Anexo 2.

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE APROXIMACIÓN INICIAL A LA SITUACIÓN DE LAS PSH

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE APROXIMACIÓN INICIAL A LA SITUACIÓN DE LAS PSH.

1. Características generales de las PSH entrevistadas
 - 1.1. Características sociodemográficas
 - 1.2. Tiempo en la calle
 - 1.3. Historia familiar
 - 1.4. Estudios y vida laboral
 - 1.5. Procedencia y emigración
 - 1.6. Salud
 - 1.7. Intentos de reinserción
 - 1.8. Causas de su situación de sin hogar
2. La institucionalización
 - 2.1. Procesos de institucionalización temprana
 - 2.2. Institucionalización adulta
3. Acerca de los albergues
 - 3.1. Antes del albergue
 - 3.2. La puesta en contacto con los albergues
 - 3.3. El tiempo de permanencia en los albergues
 - 3.4. Opiniones generales sobre los albergues
 - 3.5. Sobre los usuarios de los albergues
 - 3.6. La relación con el personal de los albergues
 - 3.7. La perspectiva de futuro en relación a los albergues
4. Otros servicios de asistencia
 - 4.1. Comedores sociales, aseos y roperos
 - 4.2. Trabajadores sociales
 - 4.3. Asistencia médica
5. Pensiones y subsidios económicos
6. Expectativas de futuro

Anexo 2

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE APROXIMACIÓN INICIAL A LA SITUACIÓN DE LAS PSH.

Como se señaló con anterioridad, las entrevistas realizadas para desarrollar el presente trabajo fueron notablemente extensas. Sin embargo, en el presente anexo se recogen únicamente aquellos comentarios que puedan resultar de mayor utilidad para realizar un acercamiento a los aspectos más relevantes relacionados con los servicios de los que hacen uso las PSH. Con la finalidad de facilitar el manejo de la información recogida y tratando de evitar una innecesaria repetitividad, de entre los extractos de las transcripciones de textos fueron seleccionados aquellos más relevantes, los cuales aparecen comentados. En el caso de las entrevistas cuya transcripción no fue posible debido a la imposibilidad de ser grabadas o a la mala calidad de la grabación, se presenta en este trabajo una orientación sobre las circunstancias señaladas por los sujetos, sin ilustrarlas con las transcripciones de los textos.

La exposición de los resultados se presenta aglutinada en varios apartados de carácter general, a fin de facilitar el análisis de los diferentes comentarios recogidos. Dichos apartados son:

- Características generales de las PSH entrevistadas.
- La institucionalización.
- Acerca de los albergues.
- Otros servicios de asistencia.
- Pensiones y subsidios económicos.
- Expectativas de futuro.

La muestra recogida no pretende ser representativa. De hecho, la estrategia de recogida de información y las variables incluidas en el presente trabajo no permiten superar los márgenes de interpretación señalados por los objetivos del mismo, centrados en realizar una primera aproximación a la relación de las PSH con los servicios orientados hacia ellas.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PSH ENTREVISTADAS.

1.1. Características sociodemográficas.

Este primer apartado pretende reflejar algunas de las principales características sociodemográficas de las PSH entrevistadas, características que permitirán conocer más profundamente a la muestra y, de esta forma, comprender con mayor claridad los comentarios que realizan en relación a las diferentes cuestiones abordadas.

Características sociodemográficas	Sujetos (Porcentaje)
Sexo	
• Varones	15 (75%)
• Mujeres	5 (25%)
Edad	Media: 48 años
• De 18 a 35 años	6 (30%)
• Más de 35 años	14 (70%)
Estado civil	
• Soltero	14 (70%)
• Casado	1 (5%)
• Separado	1 (5%)
• Divorciado	1 (5%)
• Viudo	3 (15%)
• Pareja de hecho	3 (15%)
Tienen hijos	8 (40%)

Tabla I: Características sociodemográficas de la muestra.

Dado que diferentes estudios señalan entre las PSH la presencia tanto de un mayor porcentaje de varones que de mujeres, como de un mayor porcentaje de personas que superan los 35 años, con el ánimo de aproximar la muestra escogida a la situación real se realizó una cierta selección de la misma, de forma que, tal como aparece reflejado en la tabla I, el 75% de las personas entrevistadas fueron varones y el 70% presentaban edades superiores a los 35 años.

Se observa en la Tabla I que el 70% de la muestra son solteros, estando casada una única persona. Sin embargo, cabe señalar que el 15% de los entrevistados manifestaban tener pareja de hecho y el 40% eran padres / madres.

1.2. Tiempo en la calle

Un aspecto interesante a tener en consideración a la hora de intentar comprender a la muestra es su tiempo de permanencia en la situación de sin hogar. En la Tabla II se recoge el tiempo de permanencia de los sujetos en la situación de sin hogar en función del género (conviene señalar la ausencia de datos con respecto a uno de los entrevistados, varón, de 54 años de edad).

	Menos de 1 año Sujetos (porcentajes)	Entre 1 y 5 años Sujetos (porcentajes)	Mas de 5 años Sujetos (porcentajes)	Total Sujetos (porcentajes)
Varones	-----	8 (40%)	6 (30%)	14 (70%)
Mujeres	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	5 (25%)
TOTAL	1 (5%)	9 (45%)	9 (45%)	19 (95%)

Tabla II. Permanencia en la situación de sin hogar en función del sexo.

Destaca entre los entrevistados la cronicidad en la situación de sin hogar, dado que el 90% se encuentra en dicha situación durante un período superior al año y el 45% supera los cinco años. Esta situación resulta especialmente preocupante en las mujeres, entre quienes el 15% se encuentran sin hogar desde hace más de cinco años.

Como se ha señalado, el 45% los entrevistados se encuentra sin hogar durante un período de tiempo superior a los cinco años, tal como ocurre en el caso de J.C. (varón de 62 años), quien manifestó ante una pregunta acerca del tiempo que llevaba en la calle:

“Aquí, donde estoy durmiendo, 5 años”

L.P. (varón de 31 años), a pesar de su relativa corta edad, comentó a lo largo de la entrevista:

“...yo he vivido más de 5 años en la calle y no he hecho nunca nada malo a nadie...”

Observando la permanencia en la situación de sin hogar, en función de la edad se detecta que el colectivo en peores circunstancias es el formado por

los entrevistados mayores de treinta y cinco años, periodo de edad en que la permanencia en la situación de sin hogar supera el año en todos los casos, encontrándose el 70% de ellos en esta situación durante periodos de tiempo superiores a los cinco años. Estos datos aparecen reflejados en la Tabla III.

	Menos de 1 año Sujetos (porcentajes)	Entre 1 y 5 años Sujetos (porcentajes)	Mas de 5 años Sujetos (porcentajes)	Total Sujetos (porcentajes)
Entre 18 y 35 años	5% (1)	20% (4)	5% (1)	30% (6)
Mas de 35 años	-----	25% (5)	40% (8)	65% (13)
TOTAL	5% (1)	45% (9)	45% (9)	95% (19)

Tabla III. Permanencia en la situación de sin hogar en función de la edad.

La situación más crítica en cuanto a cronicidad dentro de la muestra la presenta un varón, perteneciente al grupo de los mayores de 35 años, quien manifestó encontrarse en la situación de sin hogar desde hace más de cuarenta años.

1.3. Historia familiar.

La historia familiar de las PSH entrevistadas resulta notablemente heterogénea. Entre los escasos puntos de coincidencia podría señalarse el hecho, hasta cierto punto llamativo, de que ninguno de los padres de los entrevistados hubiese sido a su vez una PSH. En general, los entrevistados manifestaron no haber padecido situaciones de pobreza extrema durante su infancia y adolescencia, con excepción de J.C. (varón de 62 años), quien manifestó que durante su infancia:

"... pues había que llevar una peseta a casa ¿sabes?, y me iba con la abuela a buscar carbonilla y papel..., o lo que fuera..."

Resulta interesante señalar que, en ningún caso, los dos padres de un mismo entrevistado tuvieron problemas con el alcohol ni fueron hospitalizados por problemas de salud mental. Ahora bien, cuatro entrevistados manifestaron que uno de sus padres padeció problemas de alcoholismo, tal como sucede en

el caso de O.L. (mujer de 65 años):

"...mi infancia fue muy mal. Mi padre era un borracho y ella no me quería..."

Dos entrevistados señalaron que uno de sus padres fue hospitalizado por problema de salud mental y, en tres ocasiones, las personas entrevistadas manifestaron que al menos uno de sus padres abandonó el hogar familiar:

"...yo me crié con mis abuelos. Mira mi padre es un hombre que tiene mucho dinero, ¿sabes?, tiene mucho poder, entonces mi madre trabajaba en su casa... entonces la vida era difícil y entonces mi madre, como era una mujer muy guapa y muy buena, ¿sabes?, pues la verdad es que mi padre no se pudo resistir y me ha hecho, y entonces, para que no hubiera una bronca, la familia por parte de él ha mandado a mi madre para España"

comentaba L.P. (varón de 31 años).

Siguiendo con el análisis de la historia familiar de las personas entrevistadas, cabe señalar que nueve de los veinte entrevistados manifestaron que, durante su infancia y adolescencia, hubo al menos un fallecimiento significativo en su entorno familiar cercano. Paralelamente, siete entrevistados indicaron la existencia en el seno de su familia de peleas permanentes graves, separaciones y/o divorcios traumáticos de sus padres. En muchos casos, los entrevistados señalaron que la comunicación con los padres fue extremadamente complicada, como se pone de manifiesto en alguno de los comentarios realizados por L.J. (varón de 63 años):

"...yo dejé de hablarme con mi padre, me tiré diez y siete años sin hablarle, dejamos de hablarnos cuando me casé, yo ya tenía veintitantos años. ... yo no tenía madre, era madrastra ..."

P.L. (varón de 30 años) manifestó, acerca de las relaciones con su familia y preguntado sobre sus padres, que :

"...yo con mi padre horrorosamente. Con mi madre no, con mi madre fabuloso. Con mi padre ¡puaff!, broncas, .. Le pegué dos veces a él, es que me tenía ya hasta... Cuando yo le pegué a mi padre me sentó más

mal..., sí me sentó mal..."

Ninguno de los entrevistados padeció violencia sexual en su entorno familiar, si bien cuatro expusieron haber sufrido de alguna manera violencia psicológica. Ahora bien, un importante denominador común, que afectaba a una cuarta parte de los entrevistados, fue haber padecido malos tratos durante su infancia. En este sentido T.B. (mujer de 30 años) comentaba en referencia a su padre:

"...de pequeña sí a veces sí que me pegaba...\... A mí la última vez que pegó fue con dieciocho años. Un día que tuvimos una le dije, "como me pongas la mano encima yo no te voy a pegar, pero te van a dar una paliza cuando salgas por la tarde", pero le tengo miedo. Ahora mismo le veo por la calle y no sé cómo va a reaccionar",

En esta misma línea P.L. (varón de 30 años), al ser preguntado en referencia a posibles malos tratos recibidos durante su infancia, refería:

"...una de las veces vino [mi padre] con un hierro al rojo vivo y me lo clavó aquí, mi propio padre. A ver a qué hijo le han hecho eso"

Y de forma más explícita, L.P. (varón de 31 años) comentaba al hablar sobre su infancia, época que pasó prácticamente viviendo en la casa de sus abuelos maternos, que:

"...[mis abuelos] me han dado todo lo que me hacía falta, pero también me han pegado mucho ¿sabes?, como no querían pegar a sus hijos pues pegaban a los nietos, yo he pasado mucho. Yo he visto de cerca la ley de la calle...\... cuando éramos pequeños, mi abuelo nos pegaba unas palizas con cables de acero, estábamos en medio, venía por la noche, nos quitaba de delante y plaf, plaf, plaf, a veces entraba así, temblando el cuello, y sin causa se desahogaba con nosotros. Como no podía hacer otra cosa, pues venía a por nosotros, nos pegaba cada paliza que vaya. Empezamos así de niños recibiendo palizas y pensábamos "pero, ¿este por qué nos pega?, pero si nosotros estamos aquí dormidos tranquilos y viene aquí y empezaba a pegar primero a uno luego al otro", nos quedábamos todos llorando, mirándonos así, apavurados (sic) ¿sabes?, llenos de miedo, "¿Pero qué pasa aquí?". Llevamos ya con esta paranoia desde niños".

Cuando durante las entrevistas se profundizaba en los motivos que propiciaron el distanciamiento de las personas entrevistadas con su familia de

origen, siete de ellos manifestaron haberse separado de sus padres durante la infancia, pasando a vivir en la mayoría de los casos con algún familiar cercano. Como ejemplo de esta circunstancia pueden servir los comentarios realizados por F.G. (varón de 61 años):

"...mi madre se casó dos veces, tenía dos años yo cuando mi padre se murió y mi madre se volvió a casar otra vez... \...es que yo estaba en el campo, en la finca, pero estaba con mi abuela, claro estaba con mi abuela y con los dueños, alejado del pueblo, estábamos allí en el cortijo, en la finca porque mi abuelo estaba de guarda..."

En la misma línea L.P (varón de 31 años) comentaba:

"...tenía dos años cuando me fui a Lisboa... \...han venido mis abuelos y mis tíos a por mí y me han llevado a vivir con ellos..."

Otro interesante testimonio es el de J.C. (varón de 62 años) quien al referirse a su infancia señalaba:

"...Vivía con la abuela cuando me dejaban aquí mis padres, así que soy más de la familia de mi abuela ¿comprende?, alguno de estos, algunos de esta familia lo saben, porque mis padres se fueron..."

Indagando en las causas por las que abandonaron el hogar familiar, ningún entrevistado manifestó haberlo hecho por motivos derivados del consumo de drogas o por haber contraído el SIDA. Sin embargo, al menos J.N. (varón de 29 años) reconoció haber sido expulsado de su hogar familiar por problemas derivados del consumo de alcohol:

"...me han echado de mi casa y estuve totalmente borracho por la calle. Me tomé unas cervezas por el Paseo de Extremadura y durmiendo en los bancos y me han echado de mi casa..."

Dos entrevistados manifestaron haber abandonado el hogar familiar por padecer una enfermedad mental y tres de ellos por manifestar problemas de comportamiento que deterioraron seriamente la convivencia familiar.

Más de la mitad de las PSH entrevistadas indicaron haber tenido un

escaso apoyo familiar durante su infancia y, tal vez como consecuencia de ello, el 20% puso de manifiesto que se fugó de casa durante su infancia o adolescencia. Sirva a modo de ejemplo T.B. (mujer de 30 años):

"Con ocho o nueve años me escapaba de casa y me iba a casa de mis abuelos, porque mi padre pegaba a mi madre; pues me escapaba yo, desde Arturo Soria hasta aquí, hasta la calle Embajadores me escapaba..."

Por lo que respecta al estado civil de los entrevistados, se vio que la mayor parte se encontraban solteros, si bien de entre éstos muchos manifestaron haber tenido pareja (generalmente estable) en etapas anteriores de su vida, tal como se desprende de los comentarios realizados por L.P. (varón de 31 años):

"..no [me he casado], no, pero he vivido con un montón de tías en la calle. Gracias a Dios a mí eso nunca me ha faltado. No se trata de eso, yo creo que me ha faltado amor de padres".

Tan sólo uno de los entrevistados aseguraba encontrarse casado, J.C. (varón de 62 años), si bien no vivía con su esposa y su testimonio es de dudosa credibilidad dado el deterioro cognitivo que presentaba:

"...lo que pasa es que a mí me casaron, pero fue por convenio, fue por poderes. Yo estaba aquí y ella estaba en Ginebra y yo no la he firmado a ella, pero ella sí. Fueron mis familiares y los familiares de ella, es la cuestión que tenemos aquí, porque aquí tenemos nosotros pertenencias y ella también y a ella la han hecho lo mismo que a mí, la quitaron la documentación, la quitaron todo, a mí me la han quitado varias veces....\... No, si es que no hemos vivido juntos, nosotros no hemos vivido..., o sea, que todavía nosotros no hemos realizado todavía el acto sexual. Estoy casado por poderes, pero yo no he firmado los papeles tampoco".

Un entrevistado manifestó estar legalmente divorciado, mientras otro comentó estar llevando a cabo trámites en este sentido. Tres reconocieron tener "pareja estable" si bien, a excepción de uno de nuestros interlocutores, resultó difícil definir esa situación como de "pareja de hecho" propiamente dicha.

Ninguno de los varones era viudo mientras tres de las cinco mujeres se

encontraban en esa situación. Todas ellas tenían edades que superaban los cincuenta y cinco años, lo que en cierta forma podría condicionar su estado civil. Como ejemplo de los comentarios realizados por estas mujeres en referencia a su condición de viudas, se reflejan opiniones como las de O.L. (mujer de 65 años), quien señalaba con respecto a sus años de matrimonio antes de enviudar:

"...sí, me casé allí [en Venezuela] con un español. En diez y siete años allí pasaron muchas cosas desagradables...tuve dos hijas allí...¿Yo volverme a casar?. !Ni loca!...era un chico muy...muy guapo, sí era ..., pero todo lo que tenía de guapo lo tenía de malo. !Le tengo un odio!"

R.F. (mujer de 62 años) comentaba en referencia a su estado civil:

"...me casé a los veintiseis años y estuve treinta y seis años casada y catorce años viuda, pero tuve muy mala pata con él, porque es que mi marido era alcohólico...[tengo] cuatro, cuatro hijas y las cuatro ya casadas".

En cuanto a la paternidad de las PSH entrevistadas, el 40% manifestaron ser padres, oscilando entre uno y cuatro el número de hijos/as reconocidos. Lo más habitual, entre los padres es tener (o haber tenido) dos hijos, tal como ilustra el caso de P.L. (varón de 30 años):

"...pues yo lo que llevo de vida cotidiana, así como se dice, mi vida de carril, en lo que llevo sí tengo niños, tengo dos".

De entre quienes manifestaron tener descendencia, tres eran mujeres y cinco varones, siendo las primeras las que un mayor contacto mantenían con sus hijos. Sin embargo, también hay varones con una clara responsabilidad paterna. Con respecto a como vive la paternidad de forma más o menos responsable uno de los varones entrevistados, reflejaremos la opinión de L.J. (varón de 63 años):

"...estado civil casado. Separado y viviendo con una compañera durante dieciocho años. Con la primera mujer tuve dos hijos, ya están mayores y están casados y con los cuales no me hablo. Empecé con esta mujer y ya

llevo dieciocho años, con la cual tengo una hija de diez y siete, la cual me trae de cabeza porque no quiere estudiar".

El 60% de los entrevistados manifestaron haberse enfrentado al menos a una decepción sentimental a lo largo de su vida que, en cierta manera, condicionó su situación: siete tuvieron que hacer frente a este estresor con anterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar, mientras que cinco lo padecieron cuando ya carecían de vivienda. El ejemplo de T.B. (mujer de 30 años) puede ser ilustrativo, ya que comentaba en relación a una decepción sentimental que consideraba causa de su actual situación:

"...[dejé a mi novio] porque me quedé embarazada y quiso que abortara y como le dije que no pues estuve aguantando cuatro meses y vi que no se bajaba de la burra entonces dije "pues mira". Por eso yo creo que muchas veces yo tengo ese odio, porque tenía que haber ido a vengarme y decirle cincuenta mil cosas, y me hubiese desahogado porque muchas veces lo llevo dentro. Yo le veía los fines de semana, pero vamos que no sé. Hoy en día no puedo salir con nadie por eso, además pienso que van a ir, pues eso, a hacerme daño y claro Mónica me lo dice "no seas tan negativa"...no, del padre de mi hija no sé nada desde los 4 meses de embarazo..."

1.4. Estudios y vida laboral

El nivel de estudios de los entrevistados puede ser uno de los principales factores determinantes de su situación. En este sentido puede señalarse que el 65% de las PSH manifestaron haber accedido a algún tipo de formación académica, lo que dada la procedencia y edad de los entrevistados supone una cifra más elevada de la inicialmente esperada, si bien cabe sospechar la existencia de una sobrevaloración de los propios estudios. Cinco entrevistados manifestaron tener únicamente estudios primarios, siendo éste el caso de T.B. (mujer de 31 años), quien pese a su relativa juventud comentaba:

"..pero no acabé [de estudiar], hice hasta cuarto o quinto, no podía estudiar, pensaba en que iba a pegar a mi madre o lo que fuese y..."

R.F. (mujer de 62 años), quien vivió su infancia y juventud en una

época donde existía una menor posibilidad de acceso a formación académica, explicaba al ser preguntada acerca de sus estudios:

"... ha aprendido una de lo que ha podido, porque entonces lo de la escuela no era igual, porque antes pasando de lo primario luego ya nada"

Otro de los entrevistados, J.N. (varón de 29 años), obtuvo el graduado escolar, señalando escuetamente que había estudiado:

"...la básica..."

De entre los entrevistados que presentaban un mayor nivel académico, cuatro manifestaron haber finalizado el bachillerato mientras que dos aseguraron haber asistido respectivamente dos y tres años a la universidad y uno comentó ser Licenciado en Filosofía y Letras. A modo de ejemplo se puede utilizar el testimonio de L.J. (varón de 63 años), quien comentaba, en referencia a sus estudios universitarios y las dificultades que afrontó -las cuales al parecer le obligaron a abandonar la universidad prematuramente- que:

"...yo estudiar, estudié hasta tercero de Derecho, estuve con un profesor que iba por las noches porque estaba trabajando..."

Por su parte, y también en referencia a estudios presentes y perspectivas futuras, un entrevistado relativamente joven como era F.P. (varón de 24 años), aseguraba:

"...es que tengo hasta tercero de la Escuela Oficial de Idiomas y quiero terminar cuarto y quinto de Inglés."

El 55% de los entrevistados manifestaron haber abandonado sus estudios a consecuencia del fracaso escolar padecido, fracaso que tuvo lugar con anterioridad a su situación de sin hogar. En esta línea F.G. (varón de 61 años) comentaba:

"...no [estudié], allí en el pueblo me dedicaba a las tareas del campo hasta que me fui a la mili"...¿Yo, en el campo?. Pues..., desde los diez años o

así...”.

Más ilustrativo resulta L.P. (varón de 31 años), quien manifestaba:

“...yo iba al cole pero pasaba de todo. Yo iba al cole porque yo que sé, porque iban mis amigos, iban mis tíos, después me decían que tenía que seguir pero yo decía que no tenía dinero para los libros y era mentira ¿sabes?, y a los catorce ya dejé todo. ...\\...allí, en aquellos tiempos llegaba la profesora y te daba con la regla en la mano. Entonces íbamos al cole sólo para poder fumar tranquilos...”

Por lo que respecta a la actividad laboral cabe señalar que el 90% de los entrevistados ha desarrollado actividades laborales en algún momento a lo largo de su vida. De los testimonios recogidos se desprende que muchos de quienes en la actualidad carecen de lo más mínimo desempeñaron en el pasado actividades productivas que les permitían sostener una calidad de vida digna. Un ejemplo que permite ilustrar cómo tras una vida de trabajo ininterrumpido puede desembocarse en un situación de absoluta precariedad - en este caso como consecuencia de una enfermedad- puede encontrarse en F.G. (varón de 61 años), quien aseguraba:

“...estaba trabajando aquí y allí. No había trabajo ni nada pues, allí en Lerena, y hubo que irse...\\... [en el último trabajo] estaba allí en el aparcamiento de Sol...\\...pues que eso lo traspasaron, tuve un problema de cadera y entonces ya pues nada...\\... yo no he dejado de trabajar, desde que dejé la mili he estado toda la vida trabajando, joder, treinta y cinco años trabajando y ahora estoy aquí sin cobrar Seguridad Social ni nada...”

En esta misma línea de pérdida de empleos que conducen a una situación extremadamente deteriorada, al final de la cual se llega a carecer de lo más elemental como es un lugar donde vivir, se encuentran situaciones como la de R.F. (mujer de 62 años), quien comentaba:

“...[cuando me quedé viuda], estuve trabajando. Estuve trabajando en una casa cinco años, luego ya tuve que dejar la casa porque era de alquiler y entonces tuve que ponerme a trabajar y estuve siete años”

O.L. (mujer de 65 años), quien quizás por motivos derivados de su deterioro cognitivo se vio obligada a abandonar su actividad laboral, indicó que

durante una época se ganaba la vida:

"... limpiando oficinas. Cuidaba niños. Pero no me gusta cuidar niños. Me pongo muy nerviosa, muy nerviosa".

El tiempo medio desde la última ocasión en que los entrevistados disfrutaron de un puesto de trabajo se establece en 9.9 años, lo que sin duda, y considerando que algunos de las personas entrevistadas no alcanzan los treinta años de edad, resulta una media extraordinariamente elevada. En este sentido se recogen testimonios ilustrativos como los de P.L. (varón de 30 años), quien sobre su última actividad laboral comentaba:

"...¿La última vez [que trabajé], pues fue... llevo 2 años sin trabajar...¿...la última?, pues he estado recogiendo la patata...realmente es igual, cuando vas a pedirlo [trabajo] te piden informes o te piden certificado de penal y no te lo dan..."

El tiempo que los entrevistados llevan sin trabajar oscila desde los cuarenta años puestos de manifiesto por uno de ellos, al año escaso que manifiesta estar sin empleo T.B. (mujer de 30 años):

"...no, ahora no estoy trabajando... desde Octubre [1 año]... porque estaba interna. Me tuve que meter a la fuerza interna porque mi padre, si no trabajo, no me da nada desde que he tenido a mi hija he tenido que trabajar interna y mi hija no ha podido estar conmigo y para eso no la tengo..."

Como principal dato a tener en cuenta cabe señalar que, en el momento de realizarse las entrevistas ninguno de los entrevistados se encontraba desarrollando algún tipo de actividad laboral.

"... yo trabajaba de guarda, no somos iguales en esta vida, todas las empresas no son iguales tampoco. Estuve en la construcción, estuve en la otra, estuve en... ¿cómo se llama?..., en ésa de seguridad..."

manifestaba P.L. (varón de 30 años) en relación con anteriores actividades laborales, mientras que J.N. (varón de 29 años) comentaba:

"... [he estado trabajando] de sastre... \..me echaron, por borracho".

"...he trabajado [en España] un mes en la construcción. Claro, como estaba metido, pues me tenía que poner todas las mañanas ¿no?, Entonces cobraba el viernes por la noche y el lunes por la mañana ya no tenía dinero, cobraba 30.000 pesetas a la semana y yo pensé "joder, para estar currando para meterme, pues no trabajo y si no tengo no me pongo", luego me ponía igual, porque como yo trabajaba y tenía dinero iba por la noche y compraba a los negros ¿sabes?, Y entonces ya los conocía y veía a los busca vidas, a los chavalos que se buscaban la vida con los negros, que ganaban más pasta que yo, entonces, joder, si estoy currando a la semana y vengo aquí y me gasto 30.000 pelas pues lo mejor es dejar de currar, vengo aquí y trabajo con ellos y gano más y no hago nada".

señalaba P.L. (varón de 30 años) quien a su vez manifestaba que, con respecto a su fuente principal de ingresos, andaba:

"...buscándome la vidilla a lo mejor robando, pidiendo o trabajando algún día, en la vendimia, en la naranja, en la patata, en todo..."

Otro testimonio que puede resultar interesante, por tratarse de una persona de mayor edad, es el de J.C. (varón de 62 años), quien con respecto a la razón por la que perdió su empleo ponía de manifiesto:

"...pues por el tema de la crisis, entonces la empresa en la que yo trabajaba, pues las obras las paralizaron, entonces pues me dijo el encargado que no iba a cobrar el paro... \..me puse a trabajar en seguida en otra cosa ..."

1.5. Procedencia y emigración.

Una gran cantidad de personas entrevistadas atravesaron por procesos migratorios -exteriores (25%) o interiores (20%)-, lo que pudo haber incidido en la ruptura de sus lazos familiares.

En relación a la procedencia, tan sólo la mitad de los entrevistados eran naturales de Madrid, tal como ocurre en el caso de P.L. (varón de 30 años):

"...yo soy de aquí, de Madrid. Aparte de ser madrileño mi padre es de un

pueblo de Córdoba, nació en Córdoba, y mi madre es de aquí, de Madrid. Yo soy de aquí de Madrid, yo soy gato, madrileño cien por cien".

La otra mitad procedía de los más diversos puntos de la geografía española -Gijón, Valencia, Lugo, Murcia, Badajoz, Palencia...-, destacando los nacidos en áreas rurales sobre los procedentes de entornos urbanos, fenómeno que puede encontrarse condicionado por la elevada edad de muchos entrevistados y la composición, eminentemente rural, de la población española durante la primera mitad de nuestro siglo. A lo largo de las entrevistas se recogieron abundantes testimonios en referencia a sus lugares de procedencia, tales como los de F.G. (varón de 61 años) quien, habiendo nacido en un entorno rural, se desplazó a Madrid durante su juventud:

"... yo soy extremeño, de un pueblo de Lerena, tirando para Sevilla... \.. Voy a hacer 61 años... \.. pues salí de allí [el pueblo] cuando me fui a la mili. Sí, me vine a la mili, me vine con veinte, con veinte años"

Una sorprendente cantidad de entrevistados emigraron al extranjero para, posteriormente, regresar a España, circunstancia que se observa especialmente entre los entrevistados de mayor edad, apareciendo en este sentido testimonios como los de O.L. (mujer de 65 años):

"...sí, bueno..., he vivido en la capital, aquí ..., y también en Venezuela... \.. pues..., [fui a Venezuela] muy joven, de adolescente..., pasada la adolescencia. Yo fui para... Estuve..., pues no sé cuanto tiempo estuve. Estuve diez y siete años. Estuve en Caracas. En Bogotá estuve tres meses sólo. Al principio todo me parecía horroroso. Colombia no me gustó mucho, Venezuela sí",

F.G. (varón de 61 años):

"Sí, había estado en Suiza también... \.. en Suiza estuve en la construcción y acabé en una fábrica... \.. cincuenta y nueve meses. En años debieron ser cinco o así...: cinco años menos un mes... \.. pues en el cantón francés. Donde estaba la fábrica, en un pueblecito allí, que estaba allí..., al lado de la fábrica. Era una fábrica de chocolate y un día me cansé de estar en Suiza y todo eso y me vine",

L.P. (varón de 31 años):

"...he nacido aquí en Madrid, pero he vivido en Lisboa veinte años...\..Ya no voy a Lisboa hace mas de diez años, dicen que está más bonito pero..."

R.F. (mujer de 62 años):

"...luego ya con veintiseis estuvimos mi marido y yo en Alemania, estuvimos en Rumania luego en Egipto, en Francia...\..en Alemania trabajando, allí por la parte de la Baviera en Munich, que esta zona es preciosa... con 26 años. Sin saber alemán ni nada...\.. pues en Alemania [estuve] cinco años..., cinco años...\..estuve con él [su marido] en Marruecos porque es que ¿sabe lo que pasa?, es que a mi marido le tomaron por prófugo,..\.. Entonces tuvimos que ir a Marruecos con él, estuvimos allí tres años en Marruecos, tres años. Muy bonito Marruecos, muy bonito. Luego volvimos a España, volvimos a España, pero en aquella época todo era muy distinto..."

o J.C. (varón de 62 años)

"...dio la casualidad que terminé el contrato y me tuve que ir de Suiza, porque me han hecho el mismo reconocimiento que me han hecho en Suiza, fue el que me hicieron aquí, pero tuve un accidente allí, en Suiza, y estuve en coma. Una máquina me cogió la mano y empezó a dar vueltas hasta que me rompió la mano, en el Cantón de Lucerna..."

En esta misma línea de procesos migratorios se observa la presencia de varios entrevistados que se desplazaron por diferentes lugares de la geografía española antes de recalar en Madrid. Quienes presentan esta situación son principalmente los entrevistados más jóvenes, tal como sucede en el caso de T.B. (mujer de 30 años):

"... con dieciocho años y luego me metí interna aquí en Madrid y luego me fui a Jaén, estaba en una casa interna que él era abogado, estaba muy bien, allí estuve un año..."

o P.L. (varón de 30 años):

"...aparte de León, de Gijón y Alicante te puedo decir más pueblos: Lérida, Córdoba, Sevilla, Jaén, Granada...\.. buscando trabajo, y buscándome la vida..."

1.6. Salud.

Los problemas de salud física más habituales puestos de manifiesto por los entrevistados son, en orden decreciente: odontológicos, respiratorios, gastrointestinales, higiénicos, nutricionales o de obesidad, de movilidad, cardiovasculares y, en menor medida, hepatitis, problemas dermatológicos, tuberculosis, problemas oftalmológicos, llagas o heridas y SIDA.

Algunos de los problemas, como la mala situación higiénica (tres entrevistados), las llagas o heridas (un entrevistado), la tuberculosis (un entrevistado) y el SIDA (que afecta a un entrevistado) aparecieron entre los entrevistados de forma posterior a encontrarse en su situación de sin hogar. L.P. (varón de 31 años), comentaba en este sentido:

"...tengo el SIDA, tengo mal los riñones, tengo hepatitis, tengo neumonía..., de todo. He podido morirme un montón de veces, he estado internado cuatro veces en el Clínico, la última vez me dieron cuatro días de vida..."

Las enfermedades señaladas -llagas o heridas, tuberculosis y SIDA- de alguna manera pueden entenderse como consecuencia de la situación de sin hogar, considerando los sujetos su origen directo en la falta de cuidados higiénicos fruto de su situación. Asimismo, estas enfermedades pueden jugar un importante papel en el mantenimiento de la condición de sin hogar, pudiendo convertirse en un serio problema a la hora de, por ejemplo, intentar buscar trabajo, alquilar una vivienda o sentirse con fuerzas para afrontar las dificultades que conlleva encontrarse sin hogar.

Por su parte, los problemas de movilidad, cardiovasculares, dermatológicos y la obesidad vienen siendo arrastrados desde etapas anteriores a encontrarse sin hogar por quienes los padecían en el momento de ser entrevistados. Ejemplo de ello son J.C. (varón de 62 años):

"...de salud ando bien, los accidentes nada más, que he tenido muchos accidentes. No, pero por lo demás, el organismo, el estómago, bien, el corazón bien. Por una rotura me tiré yo diez meses, diez meses en el

hospital, me operaron aquí en el Gregorio Marañón. Me extirparon el fémur... yo lo malo que tengo son los oídos, que yo sin el aparato no oigo, entonces pues me dieron invalidez total para el trabajo, por las transfusiones y la operación. Yo tengo otitis crónica en el oído derecho por perforación, y otitis crónica en el oído izquierdo con perforación, y el doctor me dijo ahora que usted se opere le quitamos las perforaciones y estará mejor, y si acaso no marchara mejor pues habría que hacerle una segunda operación de los oídos..."

L.J. (varón de 63 años):

"...hace 6 años, que tuve dos trombosis, dos paros cardíacos y dos infartos. Yo tengo puesto un marcapasos. A partir de ponerme esto del marcapasos y de darme esto que le dije a usted con cincuenta y siete años, resulta que me pusieron el marcapasos en el Doce de Octubre y a los cinco días me fui a casa, pero a la semana me tuvieron que quitar ese marcapasos porque me había dado un infarto"

o F.P. (varón de 24 años), quien posiblemente gracias a su juventud refería en relación a su estado de salud:

"...no, no, ningún problema, ningún problema. Bueno, que a veces me salen manchas en la piel, así, pero eso es del sol"

De igual forma se detectaron una serie de problemas (respiratorios, gastrointestinales, hepatitis, odontológicos y mala nutrición) que, si bien en algunos entrevistados comenzaron a manifestarse únicamente con posterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar, otros vienen padeciéndolos desde etapas anteriores a dicha situación, aunque agravándose a partir de encontrarse en ella. Así, a modo de ejemplo, P.L. (varón de 30 años) comentaba:

"...de salud mal, porque me ha salido un ganglio aquí, que no sé si me van a operar, estoy así tomando unas pastillas, la vida es así... al año yo me hago pruebas para ver si tengo el SIDA y me da negativo... porque tengo esto, tengo un soplo en el pulmón, me falta un pulmón, pero no me han operado ni nada, de tanto tabaco, pin pan, pin pan, y yo sigo, sigo fumando hasta que me muera, y cuando me muera pues ya está, pues me he muerto, por lo menos me he muerto de algo... tengo mal el hígado, el riñón, he tenido hepatitis C y crónica, que es contagioso y ahora mismo te estoy contagiando, porque esto es contagioso, la hepatitis C y B, es contagiosa... me duelen los ganglios. Ahora tengo una pastilla para esta noche, para después de cenar tomármela, pues supongo, que yo no me

tomo la pastilla esta noche, yo no duermo nada de dolor, ahora, si me la tomo duermo fenomenal"

mientras que R.F. (mujer de 62 años) opinaba acerca de su salud:

"...yo estoy estupendamente. Me tengo que operar del dedo del pie ahora para septiembre, para octubre. Sí, porque tengo una malformación en una parte del dedo, me molesta un poquitín al andar pero ando porque tengo mucha vitalidad. Menos esto, perfecto. Me han hecho de todo, me han hecho análisis de sangre, me han hecho un electro de todo y todo bien".

Los problemas psiquiátricos que en mayor medida se observan entre los entrevistados son los trastornos afectivos (nueve entrevistados), ilustrados con comentarios como los de L.J. (varón de 63 años), quien comentaba en referencia a su pasado cercano:

"...es que yo ya no regía, no sabía lo que quería, me cogió una depresión que estuve tres veces para ahorcarme, en consecuencia, ya no hacía nada, las cosas como son. Yo no tenía ganas de nada, ni hacía nada... \. ... Fui a ver al médico que me mandó al psiquiatra, me fui al psiquiatra, me estuvo viendo una señorita, me estuvo preguntando y me llevó y me dijo así, con estas palabras: "usted tiene una depresión como un caballo". Fui al psiquiatra, pero el psiquiatra este estaba más loco que yo y le he dejado de ir a ver porque me mandaba unas pastillas que le decía yo "pero oiga, esto no me hace nada", y no me hacía nada, "bueno, pues le voy a cambiar otra vez de pastillas", me cambia otra vez de pastillas y ya dejé de ir",

Otros testimonios con respecto a la presencia de trastornos afectivos son los de F.P. (varón de 24 años):

"..., lo que pasa es que luego tuve un brote de una depresión al haber estado dos meses en la calle, me llevaron al hospital, me curaron... \. ... estoy viendo a un psiquiatra ahora en el Centro de Salud Mental y me comenta que no tengo ningún problema de momento, por ahora claro"

o T.B. (mujer de 30 años), quien sin un diagnóstico psiquiátrico comentaba que debido a su estado de depresión:

"...había veces que decía "me voy a tirar por el viaducto", lo he pensado, pero luego no tengo valor para hacerlo, ni lo he intentado ni lo intentaré..."

Siete de los sujetos entrevistados manifestaron haber tenido tentativas de suicidio a lo largo de su vida, dos de ellos con anterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar y cinco con posterioridad a dicha situación, tal como sucedió en el caso de L.J. (varón de 63 años):

"... no hacía nada más que estar siempre pensando "yo me mato, porque yo ya no quiero vivir", porque cuando te pasan cosas como éstas, uno sólo tiene ganas de matarse. Yo no tenía ganas de nada, sólo de matarme..."

En segundo lugar, en lo que a incidencia de trastornos psiquiátricos se refiere, aparecen los trastornos esquizofrénicos, presentes en algunos entrevistados pese a no presentar estos conciencia de enfermedad. Tal es el caso de O.L. (mujer de 65 años), quien en ocasiones se veía obligada a interrumpir la entrevista por culpa de alucinaciones auditivas a las que denominaba "el pendejo":

"...sí, a una...ay, ay, no puedo, no puedo, es lo mismo, es el pendejo, el pendejo ese que está ahí. Si... \.. llevo ya así quince años... quince años llevo aguantando este pendejo... \.. ve..., ve que estoy aquí. Él me ve y me oye... \.. No, usted no puede oírlo... \.. pendejo éste, pendejo éste. Mala vida. Tiene el SIDA. Tiene el SIDA. Poco, poquísimo le queda, porque parranda mucho".

El abuso de alcohol y la dependencia de sustancias psicoactivas son problemas que afectan, respectivamente, a un tercio de los entrevistados. En este sentido abundan los testimonios recogidos, pudiendo servir a modo de ejemplo los de F.G. (varón de 61 años) que comentaba en relación al consumo de alcohol:

"...no, no, yo problemas [con el alcohol] no tengo, no. Yo, cuando salgo yo salgo de aquí, cada catorce o quince días salgo, y cuando salgo me tomo unas copitas, ahí, en un bar. Sí, sí, yo se lo digo ¿para qué se lo voy a ocultar?... \.. Hombre yo, cuando estaba trabajando, pues era más fácil. Más fácil porque claro, si salgo a los quince días me tomo..., a lo mejor dos copas, me tomo tres cervezas, y ya me pongo bolinga, pero porque no lo hago todos los días... \.. pero es que claro bebía todos los días, estaba trabajando, pero ahora sales un día, te tomas dos copas y... y... una o dos de vino, y me pongo bolinga, lo que no me había pasado nunca..."

o J.C. (varón de 62 años), de aproximadamente la misma edad, pero que

pernoctaba en las calles de Madrid:

"Yo hoy en día no bebo mucho, pero hay días que me da por beber y ¡la madre que lo parió! me privo..."

En lo referente al momento de aparición del problema, seis de los entrevistados se enfrentaron al mismo de forma previa a encontrarse sin hogar mientras que cuatro comenzaron tener problemas por consumo excesivo de alcohol tras la situación de sin hogar. Así, J.C. (varón de 62 años) comentaba:

"... porque yo bebo y cuando bebo no me meto con nadie tampoco ¿comprende?. Pero es que cuando bebes un poco son muy violentos, son unos matones, son muy matones la gente..."

Por su parte, F.P. (varón de 24 años) en referencia al consumo de alcohol señalaba:

"...he tenido mis problemas de típica borrachera. Problemas con el alcohol, sí a veces, a veces, pero nada, resacas solamente"

En lo que al consumo de sustancias psicoactivas se refiere pueden destacar testimonios como los recogidos de L.P. (varón de 31 años), quien se inició en el consumo al comienzo de su adolescencia:

"... tenía trece, catorce años, a los quince empecé a pincharme. No, miento, a los catorce empecé a fumar chinos y a los diez y siete empecé a pincharme..."

El consumo de sustancias psicoactivas afecta a un menor número de entrevistados que el de alcohol, siendo más habitual entre los jóvenes, de los que tres consumían drogas antes de encontrarse sin hogar y dos iniciaron su consumo tras encontrarse en esa situación. Casos ilustrativos de este consumo pueden ser los de P.L. (varón de 30 años):

"...yo trapicheaba pero no estaba enganchado [a la heroína], no, no. A la coca sí."

o L.P. (varón de 31 años), quien comenzó su consumo a temprana edad:

"...yo era yonqui pero pensé que ya era tiempo de dejarlo, porque yo veía que me moría. Estuve quince años, cuando empecé tenía quince o diez y seis, empecé y pensé en dejarlo, porque si no me iba al otro barrio y pues eso..."

Finalmente, parece interesante señalar que mientras dos de los entrevistados manifestaron tener comportamientos maníacos, en ninguno de los casos se detectó la existencia de retraso mental y, únicamente un entrevistado, T.B. (mujer de 30 años), manifestó padecer sintomatología ansiosa:

"...y ahora soy una persona bastante nerviosa, no me meto con nadie, pero de los nervios estoy que los tengo a flor de piel, no me meto con nadie pero, eso sí, soy muy nerviosa.../... Pero desde que estoy aquí me hundo más, salgo a la calle y lo veo peor todo, estoy peor, estoy trastornada."

1.7. Intentos de reinserción

En este apartado se pretende hacer constar algunos de los esfuerzos realizados por los entrevistados de cara a modificar su situación, en busca de lo que podría denominarse un *"estilo de vida más normalizado"*.

Si bien -como se analizará mas adelante- una parte importante de los entrevistados percibe algún subsidio económico, cinco de ello manifestaron tener la necesidad de pedir limosna para obtener algún tipo de ingreso o complementar los subsidios recibidos, en algunos casos, como comentaba J.C (varón de 62 años), superando un inevitable pudor:

"...lo que pasa es que me da una vergüenza pedir..., que me da una vergüenza que me digan que no. A veces pido, pero a la primera persona que le pido y que me dice que no pues ya no pido más..."

Junto a los factores económicos, la falta de formación adecuada, padecer una enfermedad mental y el rechazo por parte de la familia son

considerados los principales impedimentos a la hora de normalizar su situación por tres entrevistados en cada uno de los casos. En este sentido, F.G. (varón de 61 años) comentaba:

"...yo no tengo a nadie, mi hermana es como si no la tuviera porque ella está en su casa, porque mi hermana está casada y no la veo casi nunca, y mi prima está casada, porque quiero decirle que la familia es así, estando casadas y aunque yo sea hermano de ella, pues ellas van, normal, a lo suyo".

mientras que F.P. (varón de 24 años) testimoniaba:

"...entonces vine aquí y coincidió que estaba mi padre...!... y llegó a la conclusión de que me iban a dejar a aquí hasta que yo por mis propios medios encontrara un trabajo. Llevo tres meses para encontrar trabajo y aún sigo aquí, sí."

y R.F. (mujer de 62 años), quien además de tener dos hijas aún conservaba a su madre, reflejaba:

"...[mi madre] tiene noventa y seis años...!... !Uy!, y qué genio que tiene...!... estuve viviendo con mi madre, pero la dejé en el piso, pero es que, claro, como se interpusieron mi hermano y los dos hermanos entonces les dije "no os apuréis" y me vine aquí el día de Nochebuena, el día de Nochebuena de hace tres años".

Resulta interesante señalar que el 60% de los entrevistados mantiene algún tipo de relación con su familia de origen, en ocasiones bastante fluida, y en la mayor parte de los casos llegan a comprender y justificar los motivos esgrimidos por sus familiares para no invitarlos a convivir junto a ellos. Un caso ilustrativo de esta circunstancia es el de F.G. (varón de 61 años):

"...sí, familia tengo aquí en Madrid, tengo tres primas y tres primos...!... yo voy a casa de una de ellas para Nochebuena...!... con el pueblo, en todo caso, voy días, pero paso una horas. No, ir al pueblo no vale la pena...!... tengo una hermana pero está en Murcia. Es hermana de madre..."

Asimismo F.P. (varón de 24 años) comentaba en referencia a su familia:

"...pues a mi hermano no le veo y con mi hermana tampoco, nada... \.. a mi padre le veo, se pasa por aquí..."

mientras que T.B. (mujer de 30 años) ,al hablarnos de su madre, manifestaba:

"...no, todos los días no [veo a mi madre]. Ayer es que la vi, porque la ropa ella un día se la lleva me la lava y luego me la trae aquí, a escondidas, entonces me dijo que hoy ya no nos veíamos pero que mañana ya me llamaría.."

L.P. (varón de 31 años) aseguraba al ser preguntado sobre su familia:

"...tenía ganas de ir a Lisboa y de ver a mi familia, a mis abuelos, a mi sobrino, que hace mucho que no los he visto, mis amigos de la infancia, pero ir allí sin un pavo pues me veo yo que..."

R.F. (mujer de 62 años), quien se deshacía en elogios hacia sus hijas (si bien llevaba varios años residiendo en un albergue) comentaba con entusiasmo:

"...tengo contacto muy bueno con ellas [mis hijas], porque ellas me cuentan las cosas, yo se las cuento a ellas, y entonces... \..vive por Lozoyuela una de ellas. Tiene un marido que tiene esquizofrenia y luego tiene un niño chiquitín que tiene psicomotricidad (sic) que va muy despacito... \..otra la tengo en Valencia, y el marido trabaja en El Corte Inglés de Valencia, pero claro, una cosa es relacionarse y otra es vivir todos juntos, porque claro, tienen una casa muy pequeña"

Un caso atípico, como es el de L.J. (varón de 63 años), comentaba:

"...yo todo lo tengo en la casa, yo por ejemplo llego por las mañanas, ahora que está mi hija en casa, yo me ducho, me cambio de camisa, me cambio de pantalones, vamos yo tengo toda la ropa allí en mi casa..."

El 30% de los entrevistados manifestaron realizar esfuerzos orientados a fomentar nuevos contactos con su familia, esfuerzos que pueden ilustrarse con los comentarios de T.B. (mujer de 30 años), quien relataba:

"...me fui y luego ya es cuando me volví embarazada, a los veintitrés años. Volví porque me veía mal; entonces pensaba, más que nada por la criatura, entonces dije pues mira, entonces mi madre no reaccionó mal, le

sentó mal y eso pero mi madre siempre ha sido una buenaza para todo..."

Tres de las personas entrevistadas manifestaron haber realizado algún tipo de esfuerzo encaminado a su reinserción una vez abandonada la prisión. Únicamente dos siguen, o han seguido, terapias orientadas a superar problemas derivados del consumo excesivo de alcohol o drogas y, únicamente F.P. (varón de 24 años) se inscribió en cursos para adultos con la esperanza de continuar de alguna forma sus estudios interrumpidos:

"...Bueno ayer por la mañana me fui a la escuela de idiomas a ver si podía conseguir una matrícula para examinarme, lo que pasa es que está jodido. Sí, es que se ha acabado el plazo..."

Otro motivo que limita el proceso de reinserción fue lo que puede denominarse "*falta de apoyo exterior*", razón que tres entrevistados consideran como principal causa del mantenimiento de su situación, tal como se pone de manifiesto en el caso de J.C. (varón de 62 años):

"...porque no me lo dan [trabajo], tampoco se lo he pedido a estos, si lo hubiese preguntado, hay personas que a mí me tienen odio, que me odian. Tú que eres un trabajador pues no me odiarás pero aquel terrorista pues me odia".

1.8. Causas de su situación de sin hogar.

Los problemas económicos -35% de los entrevistados- y padecer una enfermedad -35% de los entrevistados- aparecen como las razones que, en mayor medida, motivaron la situación de sin hogar. Estos motivos vienen seguidos por la existencia de situaciones familiares problemáticas -30% de los entrevistados- y, en menor medida, la elección personal de encontrarse en esa situación -15% de los entrevistados-, o por problemas de relación y comportamiento en el entorno familiar -10% de los entrevistados-. J.N. (varón de 29 años), un joven muy deteriorado física y cognitivamente que en el momento de la entrevista se encontraba en el centro de acogida, comentaba cuando fue preguntado sobre que había sucedido para qué se encontrase en

su situación:

"... Que me echaron de mi casa... \...por borracho",

Cuestiones menos habituales, pero a las que se les reconoce un importante papel causal de la situación de sin hogar por algunos entrevistados, son la expulsión legal de su vivienda y cumplir condena en una prisión -un entrevistado cada una-.

Considerando la importancia subjetiva de cada suceso, aparecen como los más relevantes, en opinión de los propios entrevistados, los problemas de dinero -25% de los entrevistados-. Por ejemplo, F.G. (varón de 61 años), comentaba que se encontraba en su situación principalmente:

"Por el trabajo"

Otro factor considerado subjetivamente de gran importancia es la existencia de problemas derivados de situaciones familiares difíciles (25% de los entrevistados), entre los que destaca el testimonio de F.P. (varón de 24 años):

"...bueno, yo vi que mis padres tenían una cierta como, como adversidad (sic) a que yo tuviese algo que ver con ellos, me rechazaban. Ellos tenían como un cierto rechazo hacia mí, entonces lo que hice yo, lo que hice, simplemente coger e irme a la calle simplemente, marcharme. Tengo dos hermanos, uno ya está viviendo solo y la otra está con mi madre. Yo fui el único que tuve algún problema con ellos, estuve pidiendo bocadillos una semana, un mes, eso sí que es jodido. Sí, es muy jodido estar ahí por los bares, es muy jodido, sí. Dormía, pues, donde podía",

Los problemas familiares vienen seguidos de cerca por los problemas de salud y los derivados del consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, puestos de manifiesto como principal causa por cuatro entrevistados. En este sentido L.P. (varón de 31 años), quien se encontraba en un proceso de desintoxicación, comentaba con referencia a su estancia en el centro de acogida:

"...yo estoy aquí por la droga".

Se señala en dos ocasiones como principal causa de la situación de sin hogar la elección personal de encontrarse en dicha situación, así como una serie de problemas fruto de unas difíciles relaciones sentimentales, tal como comentaba P.L. (varón de 30 años) cuando se indagó acerca de su estancia en el centro de acogida:

"...a mí me ha pasado esto pues porque... pues que me dejó una chica, eso porque yo no he querido. Con la chica estuve cuatro años...\...estábamos robando, estábamos trabajando juntos...\...entonces me metí en eso del alcohol, de la droga, en todas estas historias..."

Finalmente cabe señalar que se observan testimonios que relacionan su situación con comportamientos agresivos o extraños, como ocurre con L.J. (varón de 63 años), quien duerme en un coche por una "imposición administrativa" ante la necesidad de conseguir dinero:

"...entonces fui a verla [a la trabajadora social] y estuvo tomando nota de las cosas, me dijo "pues no, tú no tienes derecho a esto [IMI]", ... y me dijo, "lo único que te queda es darte de baja en el censo y no vivir allí", "¡ah, bueno!, pues yo me bajo a vivir al coche", de esto hace ya un año y pico..."

2. LA INSTITUCIONALIZACIÓN.

2.1. Procesos de institucionalización temprana.

El 45% de los entrevistados en el presente trabajo son usuarios habituales de albergues, buena parte de los cuales -considerando el estilo de vida dependiente de estos centros y el tiempo de permanencia en los mismos- pueden considerarse, de facto, inmersos en un proceso de institucionalización que, como más adelante se observará, presentaba pocas expectativas de ser superado. Y este proceso de institucionalización, en bastantes ocasiones, viene arrastrándose por los entrevistados desde su infancia.

La institucionalización y, por ende, la separación de la familia de origen

durante la infancia, puede jugar un importante papel causal en la situación de sin hogar a que se vieron abocadas muchas de estas personas. Esta institucionalización a lo largo de la infancia puede observarse en un importante porcentaje de los entrevistados, entre quienes, de forma general, el recuerdo de esta etapa resulta notablemente desagradable.

Tal como se desprende de sus comentarios, los entrevistados ingresaron en las instituciones a edades muy variadas, pudiendo observarse cómo algunos lo hicieron a muy temprana edad, tal como ocurre en el caso de P.L. (varón de 30 años):

“Pues entré desde los cuatro años..., no, desde los tres años..., pues estuve por robar, y así empecé”.

Otros manifestaron haber sido institucionalizados a edades algo más avanzadas, si bien excesivamente tempranas teniendo en cuenta que en la mayor parte de las ocasiones supuso una importante ruptura (en ocasiones definitiva) con su familia de origen, como sucede en el caso de O.L. (mujer de 65 años):

Entrevistador - *¿A qué edad fue con las monjas?*

O.L. - *A los diez. Me pegaban mucho, por cualquier cosa.*

La mayor parte de quienes padecieron un proceso de institucionalización temprana estuvieron internos en centros educativos regidos por religiosos, acerca de los cuales, en la mayoría de los casos, mantienen un desagradable recuerdo, tal como se observa en el caso de O.L. (mujer de 65 años) anteriormente citado o en las manifestaciones realizadas por P.L. (varón de 30 años):

P.L. - *Mi infancia, te digo una cosa, mi infancia fue horrorosa, porque como te dije antes estuve desde los cuatro en el orfanato. Te puedo hablar de las monjas, de la cárcel. Aquí, sabes, esto es horroroso también. Pero, ¡no me has preguntado por las monjas!*

Entrevistador - *¿Qué tal las monjas?*

P.L. - *!!Horrorosas, horrorosas, horroroso, horroroso!! ¡Las monjas es lo peor que hay!. Eso es... La formación de antes estaba con las monjas. Con cuatro*

años ¿dónde quieres que vaya?. Y allí estaba, llegaba mi padre y me sacaba y plaff para casa. Hacía otra y otra vez para adentro..., y ahí estaba con monjas..., y asqueroso..., asqueroso..., eso era asqueroso.

Las exposiciones de los entrevistados sobre los motivos por los que ingresaron en los centros durante la infancia son igualmente variadas. Entre ellas se observan problemas derivados de situaciones de necesidad, tal como sucede en el caso de O.L. (mujer de 65 años), quien señalaba:

“Porque después de la guerra estaban muy mal las cosas y te daban un trocito de pan..., un trocito así para todo el mes y entonces yo..., yo, ¡qué hambre pasé!..., y cuando ibas a comer... !oi!... !qué horror...!”.

o problemas en las relaciones familiares, como era el caso de T.B. (mujer de 30 años):

“Si..., por desgracia si. Es que yo he sufrido mucho por mis padres, es que mi padre siempre pegaba a mi madre, entonces yo estaba en un colegio interna. / a los ocho años me metió mi padre interna, pues como mi padre pagaba a mi madre pues mi madre se iba a casa de mis abuelos, que en paz descansan, por parte de ella”.

El abandono de los centros en que estuvieron institucionalizados durante la infancia se produjo principalmente durante el periodo de adolescencia, aspecto éste que se desprende de los comentarios realizados por entrevistados como O.L. (mujer de 65 años),

“Pues..., porque me llevaban al convento, se llamaba Santa Ana, ¿no?. Estuve hasta los catorce años ..., doce años, en la congregación de Santa Ana”.

P.L. (varón de 30 años):

Entrevistador - *A los cuatro años estuviste en el orfanato, ¿A qué edad saliste?*

P.L. - *A los dos años. Fue mi madre y pagó una serie de fianzas, y fuera. Me metían otra vez, llegaba mi madre y fuera. Y ya, de mayor, igual.*

Entrevistador - *¿Hasta qué edad estuviste con las monjas?*

P.L. - *Estuve hasta los... no, estuve poquito. Ya te digo que mi padre me sacaba todos los días. Me metía todos los días y me sacaba todos los días. Estuve muy poquito y luego estuve yo interno en el colegio ese de la Sagrada Familia. ¿Has oído hablar de la Sagrada Familia?, estuve allí poco tiempo..., y luego me mandaron a Teruel, y allí estuve hasta los diez y ocho años.*

o T.B. (mujer de 30 años):

"... estuve desde los ocho años hasta los catorce casi..., hasta los trece que me escapé yo. Me cambié los apellidos, porque no aguantaba ni a mi padre ni a mi madre, me fui a las monjas allí y les dije que no aguantaba más. Estuvo un mes mi padre buscándome, estuve hasta en los periódicos. ... /... A los ocho me metí hasta los doce años que me fui a vivir a Parla, pero como él seguía pegándola, pues yo en Parla cogí, porque como sabía que había un centro de las monjas, me escapé y allí pasé la noche, entonces ya me trajeron a los de la Sagrada Familia y allí, si preguntas te lo pueden decir, y estuve como un mes sin saber nada, y ya te digo que hasta salí en los periódicos".

2.2. Institucionalización adulta.

En lo referente a otras situaciones de institucionalización vivida por los entrevistados durante su etapa adulta en centros no específicos para PSH, cabe destacar una cierta incidencia de ingresos en hospitales psiquiátricos. Este paso por una institución psiquiátrica puede haber actuado, en determinadas ocasiones, a modo de factor impulsor en su situación de sin hogar. Se observa que mientras algunos entrevistados manifestaron haber estado ingresados en un hospital psiquiátrico con anterioridad a su actual situación de sin hogar, otros pusieron de manifiesto haber ingresado tras encontrarse sin hogar, tres de ellos en repetidas ocasiones. Así, por ejemplo J.C. (varón de 62 años), quien presentaba una clara alteración mental, comentaba:

"... me dijeron "¿dónde quiere ir usted?, ¿Al hospital o a la cárcel?", entonces yo iba a decir que a la cárcel pero... porque yo estuve allí con los cascos azules, entonces yo le dije "al hospital no, yo mejor quiero ir a la cárcel" y me llevaron al hospital y me tuvieron allí siete días nada más, y me operaron, al otro día pues salí yo".

En segundo lugar, conviene hacer referencia al ingreso de los entrevistados en instituciones penitenciarias. Un caso especialmente llamativo a este respecto se observa en P.L. (varón de 30 años), quien comenzó su proceso de institucionalización de una forma precoz, con el ingreso en lo que el llamaba "el reformatorio" y que realmente era un colegio de monjas donde internaban niños con problemas. Después del colegio, y como resultado de una

vida altamente desadaptada, el entrevistado realizó reiterados ingresos en diferentes prisiones, tal como el propio entrevistado señalaba.

Entrevistador - *¿Qué has hecho después de esto?*

P.L. - *Pues mira robar, estuve robando. .../... Sí, pero desde los 16 estaba robando y me metieron a [la cárcel de] Teruel.*

Dos de los entrevistados vivieron la experiencia de pasar por instituciones penitenciarias en más de una ocasión con anterioridad a encontrarse sin hogar, mientras que cuatro ingresaron en prisión con posterioridad a dicha situación, dos de los cuales lo hicieron en repetidas ocasiones. Sirva en este sentido a modo de ejemplo el testimonio de P.L. (varón de 30 años):

"...pues entré desde los cuatro años, no, desde los tres años...., pues estuve por robar, y así empecé...\\...yo estaba [en la cárcel] por cosas de las gordas, me han acusado hasta de violación, así que mira...\\...a mí, vale que me acusen de robo, vale que me acusen de traficante de heroína, vale que me acusen de cualquier cosa, pero de violación para nada...\\...he estado en Carabanchel, he estado en Moro, he estado en Meco, he estado allí en Ocaña, en Herrera de la Mancha, en Teruel, he estado en, en, en el pueblo este..., de Valdemoro...\\...todo lo que te cuentan de la cárcel es mentira, allí se lleva una vida que se está bien. Pero claro, si tu madre no te envía pelas pues tendrás que robar, tendrás que sobrevivir, ¿o no? yo la última vez que estuve en la cárcel fue en... estuve tres meses, por intento de homicidio, por intento de asesinato...\\...toda la vida he hecho robos, tirones, chirilas, navajas, además, a las tías las quitaba la cadena con la navaja, con el sistema de la jeringuilla...".

Sin embargo, sólo el citado P.L. (varón de 30 años) manifiesta haber tenido pautas de interacción personal claramente antisociales, mientras que la mayoría no presenta problemas importantes en este aspecto. En esta línea, seis de los entrevistados manifestaron haber tenido problemas de forma reiterada con la policía o la justicia, dos de las cuales los experimentaron antes y cuatro después de encontrarse viviendo en la calle, sirviendo como ilustración el caso de L.P. (varón de 31 años):

" he estado en los juzgados y he estado en los calabozos, pero ha sido porque ellos me han querido joder porque, ¿con qué me pillaban?, con un talego y me metían contra la salud pública (sic). Estábamos allí tres días incomunicados, y encima sin comer, porque ¿qué nos daban? unas

galletas, un poco de cacao, estábamos un día y pico en comisaría, un día en Moratalaz y luego medio día en la plaza de Castilla y a la calle...yo cuando veía una movida, aparte. Y encima los policías me conocían y cuando me veían me decían "tú aligérate, los demás contra la pared con las manos en la cabeza" y yo ya me iba..."

Sin poder considerarse como una situación clara de institucionalización, pero si cercana a ella dadas las características que presenta la vida militar (especialmente en décadas pasadas), se citarán algunos comentarios ilustrativos en relación a la realización del servicio militar entre los varones entrevistados. Dado que el servicio militar impone la convivencia con un elevado número de desconocidos durante un largo período de tiempo, lo que en ocasiones se encuentra acompañado de un elevado nivel de estrés, puede resultar relevante apuntar cómo durante el proceso de entrevista se constató que, al menos, nueve de los varones entrevistados realizaron el servicio militar, todos con anterioridad a encontrarse en la situación de sin hogar:

"...he estado en la mili, en el tercio de la Legión...en Melilla...[la mili] bien..",

comentó J.N. (varón de 29 años). Asimismo, F.P. (varón de 24 años), manifestó que:

"...la mili, pues en cierto momento me dijeron que podía elegir entre hacerla y no hacerla..., y elegí hacerla...pero vamos lo pasé bastante bien",

y J.C. (varón de 62 años), quien presentaba una más avanzada edad, comentó:

"...sí, sí, la mili me tocaba...la caja de reclutas no me llamó hasta el cincuenta y cinco, me tocó en Leganés, entonces nosotros fuimos a Leganés, y estuvimos muy poquito tiempo, y nos vinimos aquí, donde está el Goloso, y tuvimos el período de instrucción, juré bandera estuve unos años y me dieron la liquidación (sic)".

De entre los entrevistados que hicieron el servicio militar, únicamente dos tuvieron problemas serios, tal como se refleja en el caso de P.L. (varón de

30 años) quien aseguraba:

"...sí, sí [hice el servicio militar], yo estuve en la policía militar...\. pues, estuve mucho tiempo en el calabozo. Sí, me apuntaron con una pistola en la frente...\. yo quise reengancharme, pero mi capitán dijo que no. Yo le dije a mi capitán, "yo me quiero reenganchar" y me dijo "no, no, no, no porque tú eres más peligroso que una caja de bombas". Y es que resulta que apunté a un tío con el "zeta" y al calabozo. ¿Sabes cómo me llamaba a mí el capitán?: el legionario".

Sin embargo, no parece que el hecho de realizar el servicio militar, ni aún en el caso de haberse presentado problemas durante el desarrollo del mismo, haya jugado un claro papel causal en la situación de sin hogar de los varones entrevistados.

3. ACERCA DE LOS ALBERGUES.

3.1. Antes del albergue.

De una forma previa a reflejar los comentarios directos realizados por los entrevistados acerca de los albergues, se dedicará un espacio a observar algunos antecedentes inmediatos al ingreso en estos dispositivos, tratando de ilustrar en qué situación se encontraban los sujetos previamente a recurrir a este tipo de servicios.

Entre los entrevistados destaca la presencia de un amplio grupo que convivía con sus familiares y pasaron, directamente, de la casa de su familia al albergue, tal como aparece en los comentarios realizados por R.F. (mujer de 62 años):

"Si [Antes de venir al albergue], estuve viviendo con mi madre, pero la dejé en el piso, pero es que, claro, como se interpusieron mi hermano y los dos hermanos entonces les dije "no os apureis" y me vine aquí el día de Noche Buena, el día de Noche Buena de hace tres años".

Una importante parte de los entrevistados recurrieron a pensiones y

hostales baratos previamente a su ingreso en el albergue, tal como se recoge de los comentarios de O.L. (mujer de 65 años):

Entrevistador - *Antes del 82, ¿Dónde vivía?*

O.L. - *Pues..., no me acuerdo... !Ah! en una pensión... No me acuerdo.*

o F.G. (varón de 61 años):

"... no, no he estado en ningún otro sitio, porque yo estaba de patrona y ya le digo..., yo, vine aquí, y claro..., yo estaba en la pensión cuando estaba trabajando, después de estar allí vine aquí"

De hecho, alguno de los entrevistados vivieron sistemáticamente en pensiones a lo largo de prácticamente toda su vida adulta. Sirva de ejemplo el caso del anteriormente mencionado F.G. (varón de 61 años) quien, pese a haber desarrollado actividades laborales diversas a lo largo de su vida, en ningún momento se planteó la posibilidad de adquirir una vivienda propia:

Entrevistador - *¿No se compró un piso ni nada cuando estaba trabajando?*

F.G. - *No, vivía de patrona.*

Entrevistador - *¿Cómo no se animó a comprarse una casa?*

F.G. - *¿Quién?, ¿Yo?. Va..., porque, va..., psss, va..*

Entrevistador - *¿Ha estado siempre con la misma patrona?*

F.G. - *Pues sí, pues sí. He estado siempre con la misma. Era asturiana y su hijo también estaba en el aparcamiento de Sol, se lo dije yo al encargado que tenía confianza y el chico también estuvo por allá. Ha sido con la única que he estado.*

Entrevistador - *¿ Y antes de Suiza?*

F.G. - *Antes de Suiza estaba con mi prima y en Suiza de patrona, claro, de patrona, todos estábamos de patrona. Todos los que trabajábamos en la fábrica estábamos de patrona. ¿Qué había que alquilar quien quería?. Si cuatro o cinco, pero yo estaba de patrona. Te hacían la cama, te lavaban la ropa, te preparaban la comida y ya está. Porque compartiendo piso luego vienen los problemas y las historias y tal, y con la patrona no había problemas.*

Se observa asimismo la presencia de entrevistados que, en el momento de acceder al centro de acogida, procedían de otros albergues. En este sentido, P.L. (varón de 30 años) puede resultar un buen ejemplo ya que, pese a manifestar no encontrarse a gusto en los albergues, ha utilizado en gran medida estos dispositivos, habiendo tenido muchos y variados problemas tanto

con los usuarios como con el personal de los centros.

P.L. - ... *te puedo hablar del San Juan de Porres, te puedo hablar de la Casa de Campo, estuve en Embajadores también, en un sitio donde había unas monjas, que lo quitaron al final. Yo he estado en la Casa de Campo, en un sitio que había bajando la cuesta, tienes lo de la Cruz Roja, y allí abajo..., y eso es un albergue, y yo estaba detrás del albergue. Yo iba primero a Martínez Campos, luego a un centro de día, del centro de día me iba a Martínez Campos que es un comedor y de allí me iba al centro de día y de allí a la Casa de Campo, al lado del albergue, que estaba en una tienda de campaña para mí y allí dormía yo. Tenía una tienda y me la quitaron. Allí se estaba bien. Aquello era fabuloso, mejor que esto, mejor que esto.*

Entrevistador - *Y ¿cómo es que te la quitaron?*

P.L. - *Porque resulta que empezó a llegar gente, a llegar portugueses, a venir..., pues eso, total que no, que al final la Cruz Roja dijo que no, se acabó y yo, pues bueno, y entonces pues vine aquí. Allí te podías cocinar lo que te diera la gana, allí me daba la comida Cruz Roja. Así hacía, de la tienda de campaña al centro de día a buscar algo de comer y otra vez a Martínez Campos al centro de día, por la noche otra vez a la tienda de campaña. Yo comía y desayunaba lo que me daba la gana, iba cuando me apetecía, ¿sabes?, era fabuloso, y no como aquí, que tienes que estar riñendo cada dos por tres con la gente. Allí no tenías que reñir con nadie, era fabuloso, no tenías que aguantar tanto borde, ¿entiendes?*

Otro grupo de entrevistados es el compuesto por usuarios que, de forma previa a recurrir a los albergues, pernoctaban en las calles, tal como sucedía en el caso de L.P. (varón de 31 años):

"...yo dormía [en la calle] a diez metros de la comisaría municipal, yo les conocía a todos, a la Policía Nacional..., yo les conocía a todos..., conocía a todo el mundo y conozco todavía. Hay veces que vienen y me dicen "pero qué haces aquí, ¿cómo estás?", yo en ese punto he tenido mucha suerte".

Finalmente, señalar que entre las PSH que no recurrían a albergues se observaba quienes, por diferentes motivos, preferían dormir en la calle, tal como sucedía en el caso de J.C. (varón de 62 años), quien llevaba entorno a 5 años durmiendo en el mismo lugar, un banco público en el madrileño Paseo de la Castellana, negándose a utilizar los servicios ya existentes si bien se apresura en desarrollar una serie de teorías enfocadas a construir nuevos albergues que permitan alojar a las PSH:

Entrevistador - *Entonces, me decía usted que llevaba aquí 5 años ¿no?*

J.C. - *Aquí, donde estoy durmiendo, sí. Entonces yo, lo que le digo, ¿Comprende?, es que yo no se como el mismo ministro o el mismo alcalde no*

manda, ¿comprende? personas así, porque tienes aquí, a 4 Km., donde está la Paz., no le sirve para nada, allí en frente de la Renault, más allá de Santa María de la Paz, hay sitio para hacer unos barracones, hombres y mujeres separados...

3.2. La puesta en contacto con los albergues.

Resulta interesante observar cómo fue la primera puesta en contacto de los entrevistados con los albergues, es decir, cómo supieron de su existencia, qué estrategias emplearon para acceder a ellos, qué les impulsó a su utilización o cuál fue la primera impresión que percibieron a su llegada a estos dispositivos.

De los comentarios realizados se desprende que varios entrevistados accedieron al albergue gracias a la mediación de la policía quien, tras localizarlos en la calle les indicó la existencia de estos dispositivos, acompañándoles hasta ellos, como sucedió en el caso de O.L. (mujer de 65 años):

Entrevistador - *¿Cómo fue que vino?*

O.L. - *¿Aquí? Pues..., bueno, lo que hacen todos. Bueno, yo no..., no recuerdo ya eso. Sí..., yo sabía que había albergues, pero me trajo aquí la Policía Municipal.*

o, J.N. (varón de 29 años):

Entrevistador - *Y ¿Cómo viniste hasta aquí? ¿Sabías que existía esto?*

J.N. - *No. Sabía que existía, pero no sabía que existía bien..., que existía mal.*

Entrevistador - *Y ¿Quién te lo dijo?*

J.N. - *Pues..., la policía.*

En ocasiones, y también impulsados por la propia Policía, los ingresos en el albergue se produjeron contra la voluntad del usuario. En el caso de L.P. (varón de 31 años), los ingresos contra su voluntad en los albergues derivaban en que abandonase éstos poco tiempo después de su llegada. Sin embargo, el último ingreso fue realizado a petición del propio interesado, tal como se puso de manifiesto en sus comentarios.

L.P. - *Me dijeron para venir aquí y yo dije que no, que yo pasaba de ir allí, "que sí, que sí, que te vas a morir de frío", entonces yo me acuerdo de un día que estaba durmiendo a las cuatro de la mañana y habían venido dos jefes de la Policía, que yo decía "¿qué hacen dos jefes hablando conmigo a esta hora?" y dijeron "porto, portugués", me he levantado, "a la mañana y te vamos a dejar que duermas aquí esta noche pero mañana, no sabemos la hora pero estate aquí que va a venir una furgoneta a por tí y te va a llevar a un albergue que vas a estar bien", pues, como eran dos jefes no les iba a decir que no, pero me hice el loco. Yo vine aquí, pero no quería venirme, entonces cuando me han puesto aquí dentro y ahora no puedes salir, "pero ¿qué pasa? ¿esto es la cárcel?, yo me voy de aquí" y vamos, tres veces que me han traído aquí, tres veces que me he ido. Esta última vez he venido yo...*

Entrevistador - *¿Cómo conociste esto?*

L.P. - *Fue por un locutor de la Cadena Ser, ese señor de la Cadena Ser y uno de los jefes de la Policía de la calle de la Luna, pues hablaron con los vecinos, con la gente de las tiendas y han visto que yo he vivido cinco años en la calle y no he hecho nunca nada malo a nadie, siempre me he sabido buscar la vida, pidiendo o haciendo recados, o haciendo bien a los vecinos, subiendo las bolsas arriba a gente mayor que me daban una propina. Pues eso, que ganaba y luego por la noche ya tenía para ponerme, siempre de legal ¿sabes?, porque yo tenía el chiringuito donde yo dormía, porque chiringuito es como lo llamaban los vecinos, me decían "este chiringuito está muy bonito" porque lo tenía todo con... porque yo soy cristiano ¿no?, y tengo un montón de fotos de Cristo ¿sabes?, y de santos, la gente pasaba, y se quedaba mirando, y les gustaba y entonces pues como yo tenía que dormir allí pues pensaba, "si pongo aquí la pata [sic] en esta calle y robo a alguien pues me tengo que marchar de aquí, porque la Policía viene a por mí enseguida" y yo como tenía mucho... tenía que buscarme la vida legalmente, pues sino la Policía me echaba de allí y me dijeron varias veces "tú estás aquí durmiendo porque eres un buen chaval, que todo el mundo hable bien de ti porque sino..." porque yo no puedo estar durmiendo en la puerta de la comisaría cinco años, decían "nunca hemos visto una persona que se droga y que se porte tan bien como tú", porque yo me ponía casi dos gramos y había días que más.*

Una importante parte de los entrevistados nunca llegaron a pernoctar en las calles, accediendo directamente al centro de acogida tras verse obligados a abandonar sus viviendas, bien porque conocían con anterioridad el dispositivo, como era el caso de R.F. (mujer de 62 años), quien localizó el centro:

"... porque yo ya lo conocía antes de morir mi marido, ya lo conocía. Estuve por aquí un tiempo, hasta que me salió ese trabajo con unos señores de Casablanca y me fui..."

bien porque su existencia y ubicación les fue indicada por sus propios familiares, tal como nos indicaba F.G. (varón de 61 años), quién accedió al

centro:

“... porque se enteraría mi primo o lo que fuera, y vino aquí, y me lo dijo. Porque yo antes no sabía esto, y he pasado cincuenta mil veces, porque ahí estaba la casa esa de inmigración, y yo no sabía que esta era un albergue .../... no, no he estado en ningún otro sitio [albergue] porque, yo estaba de patrona y ya le digo, yo, vine aquí, y claro, yo estaba en la pensión cuando estaba trabajando, después de estar allí vine aquí...”

En ocasiones, fue la colaboración entre profesionales de los servicios sociales y familiares de los usuarios quienes facilitaron el ingreso de éstos en el dispositivo, tal como fue el caso de F.P. (varón de 24 años):

F.P. - Entonces vine aquí y coincidió que estaba mi padre..., que habían citado a mi padre para que viniese y citó Margarita [trabajadora social del centro] a mi padre y llegó a la conclusión de que me iban a dejar a aquí hasta que yo por mis propios medios encontrara un trabajo. Llevo tres meses para encontrar trabajo y aún sigo aquí, sí.

Entrevistador - *¿Tu padre conocía el sitio éste?*

F.P. - Mi padre conocía que había un... Mi padre no habló con nadie, o sea, yo simplemente me vine aquí y hablé yo con la asistente social y me consiguió cama.

o directamente fue una labor de los dispositivos de asistencia social donde, tras ser solicitada ayuda por parte de los entrevistados, se gestionaba el ingreso en los centros de acogida, tal como sucedió en el caso de T.B. (mujer de 30 años), quien conoció el centro de acogida en que se encontraba:

“... porque fui a la Ciudad Lineal a la asistente social y me dijo que había un centro en Santa Engracia. A Santa Engracia fui, y no había para mí, y me dijeron que tenía que estar aquí. Entonces esa misma noche me fui y me dijeron aquí que no había sitio hasta el martes, entonces, mientras tanto, me pagaron la pensión, porque yo les dije que no tenía dinero para la pensión y entonces me dijeron "no te preocupes que nosotros te la pagamos y mañana por la mañana te vienes aquí". Y el martes vine aquí por la mañana...”

Por su parte, los motivos que impulsan a los usuarios a recurrir y permanecer en los albergues resultan muy variados. Así, mientras P.L. (varón de 30 años) utiliza el servicio para reponerse durante temporadas de la dura vida que impone el dormir en la calle:

“... te digo una cosa, muchas veces prefiero vivir en la calle que estar aquí

metido. No es que esté aquí porque haga mal tiempo ¿eh?, es que a veces necesito un sitio donde poder comer, donde pueda dormir en una cama, donde pueda tener ropa limpia, incluso lavarme ... / ...aquí, ¿que por qué estoy aquí metido?, pues no lo sé, no es porque no tenga curro, porque depende de la situación... realmente es igual, cuando vas a pedirlo te piden informes o te piden certificado de penal y no te lo dan, es que exigen los antecedentes penales para todo, te exigen antecedentes penales para cualquier historia. Entonces yo, como tengo, pues no me puedo meter a trabajar”.

L.P. (varón de 31 años) lo utiliza para convalecer e intentar superar su adicción a la heroína:

“Esta última vez he venido yo, porque quería salir del hospital, del clínico y entonces salí ya curado, no tenía mono ya, entré al hospital enfermo con cuatro días de vida que me quedaban, tenía de todo, de todo, tenía pulmonía, neumonía, anemia, tenía de todo y tenía cuarenta y un grados de fiebre. Me acuerdo que estábamos en verano, y hacía cuarenta y un grados de temperatura, y yo con la chupa de cuero negra al sol tiritando, fíjate.../... No..., yo estoy aquí por la droga”.

R.F. (mujer de 62 años) recurrió al albergue tras una discusión familiar:

“... sí, sí discusión si que hubo, porque es que mi madre es una persona que ya le digo, que las personas mayores que yo he conocido se puede dialogar con ellas, porque entienden las cosas, pero mi madre no, es que mi madre no las comprende, con noventa y seis años se entera, es que tiene mucho genio, por eso no congeniamos ella y yo. Si, me vine el día de Noche Buena, pasé la Noche Buena aquí con todos los acogidos”.

mientras F.P. (varón de 24 años) únicamente manifestaba:

“Me quedé un mes fuera de la casa...”

y F.G. (varón de 61 años) considera que se veía obligado a permanecer en el albergue ante la imposibilidad de encontrar un puesto de trabajo.

“Sí, claro. Por el trabajo y la cadera ésta, que aunque quiera, pues tengo muy difícil trabajar. Yo para estar sentado sí, para estar sentado sí, pero yo tampoco tengo..., tengo trabajo como para estar sentado, como un oficinista. Porque para eso hace falta algo, un enchufe o algo, como antes, pero claro yo sé que no puedo buscarlo. Yo en el aparcamiento, en el que estaba lavaba coches, yo los lavaba allí y los limpiaba por dentro y por fuera. El que está en la caseta sentado vigilando los coches que entran y que salen. Está sentado ahí, le dan el ticket ahí y nada, no hace nada, y a la salida pasa, le dan, coge

el dinero... Está ahí hasta la hora que sale, y si sale a las doce pues a las doce se va, ¿a trabajado tantas horas?, pues a tanto, ¡tras!. Pues muchas gracias por todo. Yo le digo la verdad y ya está, para que voy a decir lo contrario. Si una cosa no me gusta, pues oye, para que voy a decir lo contrario, si me engaño, me engaño yo solo. A ver, no le voy a decir pues ...que por ejemplo la cama es mala, no, no lo puedo decir.”

3.3. El tiempo de permanencia en los albergues.

Con respecto al tiempo de permanencia de los entrevistados en el centro de acogida, se detectó la existencia de usuarios con estancias breves junto a usuarios cuya permanencia en el centro excede con mucho el tiempo que, en principio, permite la normativa interna de este dispositivo, prolongándose en ocasiones a lo largo de años. Estos últimos son, principalmente, personas de avanzada edad, desarraigadas, con problemas de salud física o mental, personas que permanecen de forma cronificada en el centro, principalmente por la ausencia de dispositivos adecuados para atender su problemática, tales como residencias para ancianos, dispositivos para enfermos mentales...

Del conjunto de entrevistas realizadas se desprende que, de entre los usuarios, quienes menos tiempo llevan haciendo uso del servicio son principalmente los jóvenes, tal como sucede en el caso de J.N. (varón de 29 años)

Entrevistador - *¿Cuánto tiempo llevas aquí, en el albergue?*
J.N. - *Dos días*

o T.B. (mujer de 30 años), que en el momento de la entrevista también era una recién llegada al centro, en el que llevaba menos de una semana, y al que accedió tras tener que esperar la disponibilidad de plazas libres:

“Entonces esa misma noche me fui y me dijeron aquí que no había sitio hasta el martes, entonces, mientras tanto, me pagaron la pensión, porque yo les dije que no tenía dinero para la pensión y entonces me dijeron "no te preocupes que nosotros te la pagamos y mañana por la mañana te vienes aquí". Y el martes vine aquí por la mañana y es cuando... pero cuando entré aquí dije "madre mía, en buen sitio me he metido".

Alguno de los usuarios entrevistados procedían de otros albergues, lo que revelaba la existencia de una rotación por los servicios en función de las plazas disponibles, rotación que induce a que las permanencias en cada uno de los dispositivos resulte relativamente breve. En el caso de P.L. (varón de 30 años), su condición de persona problemática genera una rotación por los albergues con plazas disponibles que posteriormente abandona, bien voluntariamente, bien expulsado por sus problemas de conducta:

“Pues llevo un mes nada más [en este centro]. Te puedo hablar del San Juan de Porres, te puedo hablar de la Casa de Campo, estuve en Embajadores también, en un sitio donde había unas monjas, que lo quitaron al final.”

Un motivo que condiciona la existencia de estancias prolongadas, sin llegar a generar permanencias cronificadas en el centro, es la utilización de estos dispositivos para realizar convalecencias ante la inexistencia de centros específicos para recuperarse de una enfermedad o superar un determinado problema, o la simple preferencia de utilización de estos dispositivos, tal como señalaba L.P. (varón de 31 años) cuando fue preguntado sobre su tiempo de estancia en el centro:

“seis meses, si, porque para quitarme [de la droga] no me hace falta ir a un centro de recuperación ni nada, me quito aquí”

Como se señaló con anterioridad, es entre los usuarios de mayor edad donde se encuentran quienes permanecen en el dispositivo durante espacios de tiempo más prolongados -habitualmente durante años-, llegando prácticamente a cronificar su situación y convirtiendo el centro de acogida en su único hogar. Algunos ejemplos de usuarios que permanecen en el centro a lo largo de años son P.L. (varón de 30 años) o R.F. (mujer de 62 años) quienes, preguntados acerca de su tiempo de permanencia en el centro manifestaron respectivamente:

“Dos años..., dos años llevo aquí. Me expulsaron de otro por una movida que yo no fui...”

y

“Pues..., tres años. Sí, estuve viviendo con mi madre, pero la dejé en el piso, pero es que, claro, como se interpusieron mi hermano y los dos hermanos entonces les dije "no os apureis" y me vine aquí el día de Noche Buena..., el día de Noche Buena de hace tres años.”

Sin embargo, tantos años llevan algunos usuarios en el albergue que llegan a perder la cuenta de los mismos, tal como ocurrió en el caso de F.G. (varón de 61 años) cuando fue preguntado al respecto:

“Aquí llevo ya cuatro años..., bueno, no se yo si son cuatro o son cinco..., pues quizás ya sean los cinco.”

Otro caso paradigmático es el de O.L. (mujer de 65 años), quien a su avanzada edad y debido a su enfermedad mental ha permanecido durante más de una década en el albergue, si bien en los archivos del centro se reflejan numerosos ingresos y altas, manifestando la existencia de un fenómeno de “puerta rotatoria”:

“¡Uy! Llevo aquí desde el año ochenta y dos..., mucho.”

3.4. La opinión de los usuarios sobre los albergues.

De forma general, de los comentarios realizados por los usuarios de albergues se desprende que la opinión que éstos les merecen resulta bastante buena, especialmente en lo referente a sus infraestructuras. En este sentido, F.G. (varón de 61 años) comentaba:

“... uy, ya le digo, la cama es buena. Aquí tienen una buena calefacción también en invierno, tienen sábanas y mantas y todo. Se está bien..., con fundas en la almohada, en fin..., bien, la calefacción..., en fin se está bien. Y la cama muy buena y el colchón muy bueno, muy cómodo, muy cómodo”.

sin embargo, como por otra parte resulta comprensible, el mismo F.G. (varón de 61 años) manifestaba que preferiría vivir de una forma más normalizada:

“... ahora, lo único que digo y es que es la verdad, cada uno puede decir lo

que quiera, pero es que uno no está aquí como si estuviera en su casa. Por ejemplo, aquí te dan de comer..., por ejemplo aquí se come bien. En tu casa te estás tomando unas patatas solas, pero estás trabajando y tienes libertad, no dependes de nadie, de decir nada ni nada, no estás controlado, llegas a tu casa y que hay patatas solas, pues patatas solas. Lo único que ahí te tomas unas patatas y aquí unas chuletas pero....Igual que si tienes un trabajo y ganas para ti, para ti solo, para ti, y todo lo que trabajes te lo ganas para ti solo. No es lo mismo..., no es lo mismo que trabajes como trabajes para otros..., no es lo mismo. Que dices, "hoy me voy a ganar dos mil pelas", y a lo mejor mañana no gano nada, pero pasado me voy a ganar más., y no es lo mismo. Si te vas a una pensión tampoco es como estar en tu casa. En tu casa si sales, sales..."

Junto a la generalizada buena opinión de los entrevistados con respecto a la calidad de vida que facilitan los albergues, en lo que a actividades ofrecidas por estos dispositivos se refiere las opiniones se encuentran divididas entre quienes se sienten satisfechos como sucede con R.F. (mujer de 62 años):

"... aquí he aprendido muchas cosas..., he aprendido a pintar cuadros en un cristal, aquí he aprendido muchas cosas..., me he hecho muy amiga de Maribel. Aquí hay muchas cosas, pintar, bueno, he pintado hasta murales, cuarenta murales el año pasado para la fiesta de San Isidro, dibujaba el muchacho y luego nosotros pues los íbamos pintando con pinturas de esas de dedo..."

quienes manifiestan una opinión entre neutra o resignada, como sucede en el caso de F.G. (varón de 61 años):

Entrevistador - *¿Y qué tal está aquí [en el centro de acogida]?*

F.G. - *Bien, bien, pues ya ve... Estamos por aquí, me voy a ver la televisión, echar una partida...*

y quienes se manifiestan claramente insatisfechos, como O.L. (mujer de 65 años):

Entrevistador - *¿Qué tal está aquí?*

O.L. - *Me aburro*

Por otro lado, pese a la resignación manifestada en relación a su permanencia futura en el centro, la mayor parte de los entrevistados desearían abandonar el dispositivo y normalizar su estilo de vida, tal como sucede en el caso de T.B. (mujer de 30 años):

"... a veces digo a las monjas "es que estoy desesperada", digo "un día se me cruzan los cables, cojo la bolsa y me voy", pero muchas veces lo pienso, pero lo que pasa es que no tengo valor, y..., es que me da miedo..., es que para eso soy muy cobarde y pienso que me van a dar una paliza y entonces no, y mira, aquí más o menos, como digo yo, estaré mal pero vamos..."

o al menos mantener un estilo de vida a su gusto como ocurre con L.P. (varón de 31 años):

L.P. - ... ahora mismo tengo un tío de cincuenta y seis años que todavía se pincha. Yo tenía que estar aquí, en el albergue, pero me he marchado porque tenía monos, pasaba de estar aquí, no me aguantaba estar aquí encerrado, como me he tirado cinco años en la calle, tu sabes, durmiendo en la calle..., la calle..., la calle..., por la noche dormía en la calle, aquí en Madrid en la calle Ballesta...

Entrevistador - *¿Y qué tal lo llevas?*

L.P. - Bien. Ahora ya estoy acostumbrado y a lo mejor me dicen de salir y pienso "a que voy a salir a la calle", porque al principio me daban permiso para salir y yo salía y venía colocado, quiero decir que ponía la pata [sic.], porque aquí hacen pruebas y yo tenía que dar negativo y no voy a estar aquí toda la vida dando positivo al final que hago aquí ¿no?, y entonces como yo doy negativo, pues me quedo contento conmigo mismo, me estoy demostrando algo ¿no?, yo que sé, hace seis meses o diez no pensaba así, pensaba si me dan algo pues me pongo, pero...

Otro de los entrevistados (J.N., varón de 29 años), pese a haber llegado al albergue forzado por terceros, terminó encontrándose cómodo en este lugar, donde permanece por su propia voluntad e incluso de buen grado.

J.N. - Sí. Me trajeron para acá.

Entrevistador - *¿Y por qué estás aquí?*

J.N. - Porque quiero

Entrevistador - *No se está mal aquí ¿No?*

J.N. - No, se está bien

Ahora bien, entre los usuarios del dispositivo, continúa existiendo quienes, pese a todo, prefieren vivir en la calle y recurren a los albergues tan sólo en situaciones que consideran extremas, tal como se desprende de los comentarios de P.L. (varón de 30 años):

"...te digo una cosa, muchas veces prefiero vivir en la calle que estar aquí metido. No es que esté aquí porque haga mal tiempo ¿eh?, es que a veces necesito un sitio donde poder comer, donde pueda dormir en una cama,

donde pueda tener ropa limpia, incluso lavarme..."

En lo que concierne a la titularidad pública o privada de los albergues, quienes conocen ambos servicios parecen preferir los segundos, como se pone de manifiesto en los comentarios realizados por P.L. (varón de 30 años):

"Me gustaba más aquello [Albergue San Juan de Porres] que esto [Centro de Acogida de San Isidro], ¿no sabes por qué?, no es porque sea grande, es por la gente que hay, por los usuarios, por los funcionarios, que las apariencias muchas veces engañan, es que las apariencias... Cuando tu te pones en el mismo sitio que nosotros pues a lo mejor vienes a ver si hay cama, y a lo mejor hay seis o siete camas libres y dicen: "no es que..., es que..., es que hay una apalabrada y que viene gente del hospital", y es mentira ¿entiendes?, pues para eso que te digan que no y se acabó. Porque meten a las personas que ellos quieren, son así..."

3.5. Sobre los usuarios de los albergues.

Muchos de los problemas que más habitualmente surgen en los albergues vienen derivados de la obligada convivencia a que fuerzan estos dispositivos, convivencia que puede resultar muy compleja dadas las peculiares características presentes en muchos de los usuarios. De hecho, como a continuación se observará, la convivencia entre los usuarios supone generalmente un foco de incomodidad para los entrevistados. Así, preguntados sobre el resto de personas con quienes se ven forzados a convivir, los comentarios positivos observados supusieron raras excepciones: mientras algunos entrevistados manifestaron opiniones neutras, la gran mayoría manifestaba no encontrarse a gusto con el resto de los usuarios. Este aspecto puede ilustrarse extractando comentarios como los de T.B. (mujer de 30 años):

"... yo al principio no hablaba con nadie, porque ya me dijeron [la trabajadora social] "ten cuidado con quien te juntas aquí dentro" y yo le dije "usted tranquila que yo no...", entonces de ingreso estuve dos días y cuando se enteró que estaba ahí me dijo "ahí tú no estás, lo que te faltaba, ahí tú te hundes" me dijo ella. A mí no me importa tener amistades drogadictas, yo en parte nunca he salido con ellos, porque no te puedes relacionar con una persona así, porque piensan distinto que tú, pero aquí no me importa relacionarme con ellas, porque "si mañana te da negativo [el test de consumo] no me importa salir contigo, al revés, lo que yo te digo, y te lo digo seriamente y te lo juro por mi hija que es lo que más quiero, que si salimos las dos,

delante de mí ya puedes decir que tienes el mono o lo que tú quieras que te doy una paliza que te... porque delante de mí ni te pinchas ni lo que hagáis vosotros de esos chanchullos de la droga..".

La primera impresión que el conjunto de los usuarios produjo en los entrevistados en su primer contacto con el centro, en general, resultó bastante impactante. En este sentido, T.B. (mujer de 30 años) señalaba:

"... pero cuando entré aquí dije "madre mía, en buen sitio me he metido". A mí, gracias a Dios, no me ha pasado nada, pero desde que estoy aquí me hundo más, salgo a la calle y lo veo peor todo, estoy peor, estoy trastornada..."

A lo largo de su estancia en el centro, algunos entrevistados no consiguen adaptarse a la convivencia con el resto de los usuarios, encontrándose entre ellos notablemente incómodos, tal como sucedía con O.L. (mujer de 65 años):

"... bueno depende..., si yo tengo tranquilidad yo estoy bien, pero si me molestan..., aquí, ¡me cago en la leche!, aquí hay de drogadictas..., yo las conozco a todas.

En ocasiones, los entrevistados trataban de tomar una cierta distancia con respecto al resto de los usuarios, percibiéndose a sí mismos de forma marcadamente diferente a como perciben a los demás, como se desprende de los comentarios realizados por L.P. (varón de 31 años):

"...um ..., no me siento en casa. Estoy bien, pero esto no es para mí. Puede ser para un loco..., pero esto no es un sitio para una persona un poquito cuerda. Que yo veo a los demás todos para abajo, todos para arriba ..., pero yo no quiero andar en este circo, ¿sabes?"

T.B. (mujer de 30 años):

"... no, peleas no, pero discusiones sí. Peleas es que he oído yo que si se pega aquí alguien con uno te expulsan quince días o un mes. Discutir sí, cada dos por tres, porque como normalmente aquí están o drogadictos o los que están mal de la cabeza o los borrachos, aquí hay muy poca gente normal. Por eso me dijeron "¿como se te ha ocurrido venir?", "pues porque no tengo otro sitio donde ir y en la calle no voy a dormir". Yo cuando vine aquí me puse super nerviosa, entonces me vio así [la asistente social] y me dijo "tu tranquila que no pasa nada, te asustarás pero como mucha gente el primer día, y más

tu que eres normal", porque otras personas a lo mejor pasan o lo que sea pero..."

o P.L. (varón de 30 años):

"¡Va!, pues para ver esto..., para ver a la gente aquí que se está pinchando, el otro que se está fumando un porro, que si te metes en un lío ya mismo me van a expulsar. Hay una pelea o cualquier cosa y ¿a quién van a expulsar?, pues a mí".

Algunos entrevistados centraban sus quejas en las dificultades encontradas para relacionarse con otros usuarios del propio centro, principalmente por problemas derivados del deterioro físico y mental que padecen muchos de ellos, tal como sucedía en el caso de R.F. (mujer de 62 años):

"Uy, aquí hay de todo. Aquí hay de todo, aquí hay personas de todo, se puede hablar y no se puede hablar, porque es que aquí hay personas que no sé..., están en otro mundo, no saben de la vida y no se puede hablar.... Estoy a gusto, pero hay personas aquí que no comprenden..., están puestas así en la droga y no comprenden."

Sin embargo, la mayor parte de los entrevistados finalmente consiguen hacer amistades en los albergues, si bien existen excepciones a esta regla tal como sucede con J.N. (varón de 29 años):

Entrevistador - *¿Y con los que viven aquí, qué tal te llevas?*

J.N. - *Mal*

Entrevistador - *¿No tienes aquí ningún amiguete?*

J.N. - *No.*

Con las amistades hechas en los albergues, las personas entrevistadas mantienen unas ciertas relaciones sociales más o menos sólidas según las situaciones, si bien de una forma generalizada se reconoce la presencia en los centros de una gran cantidad de personas problemáticas con quienes se ven obligadas a convivir, como manifiesta P.L. (varón de 30 años):

Entrevistador - *¿Y aquí [en el centro de acogida] tienes amigos?*

P.L. - *Si, aquí tengo alguno, pero de aquí. De fuera nadie.*

Entrevistador - *Cuando sales ¿Sales con alguien de aquí?*

P.L. - *No, yo solo..., yo siempre solo. Aquí dentro lo que quisieras, hablo con cualquiera, tal..., pero en la calle, nada.*

Gracias a las redes sociales que se generan en el centro, algunos entrevistados consiguen sentirse acompañados, protegidos y cercanos a alguien, además de sentirse útiles, al tener a alguien a quien proteger, tal como sucede con T.B. (mujer de 30 años):

"... ya, cuando llegué, me puse a llorar y eso y no sé, ahora voy pasando un poco porque como he conocido a Begoña, que es toxicómana, y le dijeron que se juntara conmigo, "yo lo único que tengo, mira, es un problema distinto al tuyo y alguna vez estaré nerviosa con mi problema pero nada más", y la he dicho, "mira, te lo juro, si sales conmigo a la calle yo no te voy a dejar, a no ser que me pegues una paliza y me dejes en un sitio y me mates, delante de mí..." como yo digo, "yo no sé que sacáis con eso, porque mira, tú eres madre soltera como yo, gracias a eso casi te quitan a tu hija", "mira, yo me vuelvo majareta, si a mí me quitan a mi hijo porque he hecho eso entonces yo sí que me quito la vida, entonces sí que me la quito pero si no, no". Y eso que aquí no hay control, aquí meten la droga, se pinchan directamente".

Sin embargo, como se comentaba con anterioridad, destaca entre los entrevistados una cierta relación de indiferencia hacia la gran mayoría de los usuarios, aspecto que puede desprenderse de comentarios como los realizados por F.G. (varón de 61 años) o R.F (mujer de 62 años), quienes respectivamente señalaban:

"No, con la gente yo no tengo relación. Con unos pues me llevo bien, con otros pues hablo menos..., con otros pues a lo mejor no hablo nada y todos los días por la tarde pues ..., pues bien."

y

R.F. - *Hombre, aquí le digo que hay de todo..., a veces se discute por cosas pero bueno..., entre mujeres..., pero bueno es pasajero. Aquí es que claro, veo cada cosa, pero luego piensas hay otro sitio peor, hay otro sitio peor, pero bueno..., viendo a la monja se entretiene uno mucho...*

Entrevistador - *¿Habla mucho con la monja?*

R.F. - *Sí, porque voy a allí, a la cocina a ayudar a la noche y eso, pero que ya le digo aquí pues hay de todo. Aquí entonces salgo un rato por la mañana porque claro estamos muy controladas, hombre hay algunas que no las dejan salir porque es que salen se ponen a beber, y muy mal, hay mucho alcohólico aquí, hay mucho descontrol en las salidas. Cuando viene aquí alguna gente*

bebida pues no, pues una persona aquí bebida en un centro pues no, entonces no les dejan salir, y entonces se fueron de aquí un poquito furiosos porque no les dejan salir.

Afortunadamente la obligada convivencia, en muchas ocasiones, consigue crear una redes sociales que llegan a prolongarse más allá del propio centro, apareciendo amistades que pueden suponer una importante fuente de apoyo emocional e incluso impulsar el proceso de normalización. Ejemplos en este sentido pueden ser los de F.P. (varón de 24 años):

"... salgo, salgo. Ahora por ejemplo voy al teatro, es que me han propuesto ir al teatro, una chica, es que la he visto muy animada y la he dicho que sí, que no me importa".

O.L. (mujer de 65 años):

"... sí salgo, sí. Salgo con una chica y tiene mal carácter, ¿no?, y entonces salimos por las mañanas ..., y ella quiere irse a los bares y se viene pronto..., y se da la vuelta".

o T.B. (mujer de 30 años):

"... hay un chico que se llama F., que si está, dicen, de la cabeza. Yo mismo veo a esas personas y digo, "¿cómo las traen aquí? ¿no hay centros psiquiátricos donde esté mejor que aquí?", a mí me da pena y digo madre mía. Y él no se mete con nadie, es al revés. Yo, como no me meto con nadie, pues no tengo ningún problema".

Un caso especial observado entre los entrevistados es el de L.P. (varón de 31 años), quien recurrió al albergue para intentar superar su problema de adicción a la drogas y que, dadas las características presentes en un importante número de usuarios, encuentra problemas para conseguir su objetivo, si bien, en el momento de la entrevista, se sentía orgullosos de ir superandolos

"...porque para quitarme no me hace falta ir a un centro de recuperación ni nada, me quito aquí, y me decían "ahí es imposible, ahí no te lo vas a quitar nunca porque lo tienes por delante", y es verdad, porque aquí vienen a pincharse y me dicen si quieres y yo les digo "no", y encima estoy tomando la Anatraxona y ¿Sabes lo que es?, entonces tomando la Anatraxoma ya me pueden dar la droga que sé que no me hace nada y peor para mí, porque me

puede dar una sobredosis si tomo droga”.

Finalmente, se reflejan algunos comentarios realizados por P.L. (varón de 30 años), entrevistado especialmente agresivo que presenta continuos problemas con el resto de los usuarios. Estos comentarios permiten observar como, cuando la masificación de algunos centros se combina con determinadas características de sus usuarios, puede surgir un *cocktel* explosivo:

“... yo, es que hay por ahí un pavo y una tía que les gustaba fumar costo, entonces yo siempre me traía algo de costo, diez gramos para consumir yo y claro resulta que llega la tía y me dice, no, que tu tienes que darme a mí” y yo “tía ¿tú quieres?, pues tienes que comprármela a mí y ya está, pero yo por nada no te doy nada”, dice “no, es que tal, que no sé qué, que no sé cuantos”, entonces estaba yo allí, en la biblioteca en la sala pequeña, y resulta que esta piva “que si tal, que si me tienes que dar”, y yo, “yo a ti no te doy nada”, resulta que el pive empieza allí con la botella de Coca Cola a dejarlo en la mesita y tal y llegué un día y me harté, pues sí, si esto es así, y me dijo “tal, que si no se que, que si no se cuantos” y entonces ya, pues saqué la navaja y le dije “si tienes lo que hay que tener, sal para afuera” ¿sabes lo que te digo?, y el tío llegó donde el funcionario, “óigame que me mata, guárdeme que este tío me mata” y vino la policía, me cachearon y no encontraron la navaja y aún así me echaron. Es que resulta que ese tío venía aquí por la noche a dormir y yo estaba en la calle buscándome la vida, o sea que imagínate que fías, fíjate como se portaron conmigo, pero tú fíjate, y yo en la calle sin poder entrar y el otro se queda, y ¿por qué?”.

o

P.L. - Resulta que hoy, a la hora de comer había quesitos, y habíamos cuatro personas que no habíamos comido quesitos, y entonces tú preguntas si lo quieren o no lo quieren, pero preguntas. Y llega un tío y dice “si yo no tengo porqué preguntar nada”, y yo le digo “te voy a hacer lo mismo”, le voy a meter dos cuchilladas y le voy a decir “a ti no te tengo porqué preguntar nada”, pero es que no le voy a dejar vivo, le voy a matar, al último le metí dos cuchilladas, a este tío no le voy a dejar vivo, ¿sabes lo que me dice?, que yo no soy quien para llamarle la atención.

Entrevistador - ¿Has tenido más roces con él?

P.L. - No, no, y el primer roce le voy a dar fuerte, para que aprenda. Y sería lo suyo, porque hay cuatro quesitos ahí, porque si las cuatro personas no quieren quesitos, bueno, pero pregunta si alguien no se quiere comer algún quesito, pero es lo suyo ¿no?, hay cuatro personas que no han comido quesitos, pues preguntas ¿os vais a comer los quesitos o no?, vale, y te los llevas tranquilamente, y nadie te llama la atención, éste los ha cogido sin preguntar y, toma, ha cogido el quesito y pun, pun, pun, y yo le tenía que hacer pun y ala. Porque a mí, si hay una cosa que me sienta mal, es eso, me

sienta horroroso, por eso prefiero estar en un sitio de disminuidos psíquicos que aguantar esto.

3.6. La relación con el personal del albergue.

Otro aspecto a considerar en el presente trabajo es la relación que, necesariamente, se establece entre el personal de los albergues y los usuarios de éstos, relación que de alguna forma puede condicionar el acceso y la permanencia en estos dispositivos. En este sentido, de los comentarios realizados por los entrevistados se desprende que, de un modo general, la percepción de los trabajadores del centro por parte de los usuarios resulta positiva, tal como se observa en el caso de F.P. (varón de 24 años),

Entrevistador - *La gente que trabaja aquí, ¿Qué tal?*
F.P. - *Bien, es buena gente.*

o al menos, los trabajadores de los centros no son reconocidos por los usuarios como responsables de los problemas que pudieran tener en estos dispositivos, tal como acontece en el caso de F.G. (varón de 61 años):

Entrevistador - *¿Y, con la gente que trabaja aquí...?*
F.G. - *Bien, bien. Lo único que lo que ya le digo..., cuando salgo una vez cada quince días pues me pongo bolinga. Es lo único. Pero yo no puedo decir nada de ellos porque, si le dicen algo, pues yo tengo la culpa...*

Sin embargo, entre una mayoría de usuarios satisfechos, se detectan quienes se encuentran descontentos con el personal. De entre éstos, hay quienes como J.N. (varón de 29 años), preguntados acerca del personal limitan a comentar:

Entrevistador - *¿Qué tal te llevas con los que curran aquí?*
J.N. - *Mal.*

mientras que otros manifiestan reticencias hacia los trabajadores, con quienes dicen tener serios problemas, exponiendo estos de forma extensa tal como sucede con P.L. (varón de 30 años):

“... no, no. Aquí con los funcionarios estos no conozco a ninguno y no me gustan, no me gustan ¿entiendes?, es que mira, hay gente que, hay gente que si tienes una movida te dice, "llama a un funcionario y que venga aquí y lo arregle" y yo digo "mira, yo no tengo porque llamar a un funcionario, yo me arreglo aquí contigo y punto". Tu imagínate que ahora la tengo con un moro de éstos...”

Las malas relaciones, los problemas o simplemente una percepción negativa en relación a los trabajadores de los centros puede disuadir a potenciales usuarios de la utilización de estos dispositivos, tal como comentaba J.C. (varón de 62 años), enfermo mental que habitaba en la calle y se negaba a recurrir a los albergues

Entrevistador - *Bueno, pero ahora está el albergue, ¿no?*

J.C. - *Yo, de albergues pijos, comprende usted, paso.*

Entrevistador - *Yo le hablaba del albergue municipal de San Isidro.*

J.C. - *No, si mal no está, porque..., pero yo no me quedaría allí a dormir, porque es que hay allí unas personas que lo mismo ¿Comprende?, que lo mismo estaban en Santa María de la Paz y quitaban la documentación a los que estaban inválidos, a los ancianos, les metían drogas en la comida, en San Isidro hacían lo mismo. Yo cuando les vi les dije, pues, me van a quitar la documentación y me van a meter un puro... No me quise quedar por eso, y no por el personal que había. Había unos chiquitos que eran muy buenas personas. Había una hermanita que yo ya la conozco ¿comprende?, muy buenas personas, las personas así son buenas, con estos pues, puedes dar, luego también había personas de allí de Legazpi que yo ya las conozco. Con esos está bien, pero con esos otros, te quitan la documentación y no se puede estar porque no respetan. Y a mí que me gusta respetar a los demás ¿que tú te dejabas esto aquí?, "oye mira, ¿es tuyo esto de aquí?, que se te ha olvidado" ¿comprende? y allí nada.*

sin embargo, y pese a su negativa a utilizar albergues, entiende estos servicios como necesarios, desarrollando varias teorías destinadas a incrementar el número de estos dispositivos

“...es lo que nos pasa, porque esto es una marginación absurda, en el momento que hagan uno barracones.... En aquel distrito tienen campo. Aquí, cerca de Villaverde Bajo, ponen aquí unos barracones, la marginación, estos separados de aquellos, porque éstos son más buenos, no son violentos, y más trabajadores, separados, las mujeres separadas, y aquí lo mismo, allí lo mismo, entonces con la máxima idea este gobierno lo que podía hacer, ¿comprende? es decir, pues ahora, vamos a empezar por aquí en la autopista de Barajas ¿comprende?. Antes de llegar al aeropuerto, hay una escuela de artes y oficios ¿comprende?, se aprende un oficio, si eres inteligente el profesor te da una beca para que pases a la Universidad ¿comprende?, entonces pues se podía hacer en este edificio también, allá también, en los

cuatro puntos cardinales, y claro, pues se haría esto ¿comprende?, entonces esta marginación se cogía ¿comprende?”.

3.7. Las perspectivas de futuro en relación a los albergues.

Como se viene observando, muchos de los usuarios permanecen durante largas temporadas en los albergues, convirtiéndolos en lo más parecido que tienen a su hogar. Sin embargo, incluso quienes más a gusto manifiestan encontrarse en el centro y durante más tiempo han permanecido en éste, incluyen entre sus planes de futuro abandonar el servicio, tal como comentaba O.L. (mujer de 65 años):

“No..., es que se me traban las palabras y me cuesta hablar. Hombre, aquí no voy a estar siempre”.

Entre estos usuarios que planean un futuro abandono del centro, aparecen quienes perciben con bastante claridad su futuro, como se desprende de los comentarios realizados por O.L. (mujer de 65 años):

“Estoy esperando que me llame el director, porque de aquí me llevan a la residencia... Tengo ya 65 años”.

o F.G. (varón de 61 años), quien preguntado acerca de su futuro razonaba:

“Pues como ahora, estando aquí y el día que, si Dios quiere, cumplo los sesenta y cinco y me buscan una residencia y a la residencia y ya está. Yo si estuviera más joven y no tuviera los problemas estos de la cadera, aunque me dieran medio jornal, se intentaría trabajar, aunque no me mereciera más. Preferiría trabajar y estar libre y vivir por mi cuenta, o sea que siendo así no estaba aquí. Desde luego, aquí no estaba”.

Sin embargo, se observa como otros usuarios fantasean acerca de su futuro, tal como sucedía con R.F. (mujer de 62 años):

Entrevistador - *¿Cuánto tiempo lleva en el albergue?*

R.F. - *Pues ..., tres años. A ver si ahora pido una cosa y a partir del año que viene lo tengo. He pedido la jubilación anticipada y para el año que viene, por mediación de la Cristina la Alberdi, ¿Ah, la conoce?, pues por mediación de ella pues me lo ha arreglado.*

quien en otro momento de la entrevista indicaba:

"... no, discusiones no, es que a veces dices una cosa y te la entienden de otra manera, entonces es que no, es que no... Pues ya le digo, bastante bien porque aquí se aprenden muchas cosas, aunque esto no es para estar aquí toda la vida porque... Tú cuando te jubilas pues te puedes ir a una residencia, porque hay una residencia allí por las Rozas, que esa residencia es así, como muy señorial, Orihuela se llama, ahí por, por, por, ahí, por ahí, por esto... ahora no me acuerdo, ahora no me acuerdo donde está, me acuerdo que es una residencia que es del Ayuntamiento y aquello está muy bien, es muy señorial, muy señorial ya le digo, pero yo no quiero ir todavía, porque no tengo la edad, y me han dicho "¿Remedios quieres ir allí y tal?" pero no, para estar allí, mejor estoy aquí. Yo lo que quiero es mi piso, hacer mi vida y además allí hay una gente mayor, y así y para estar allí pues yo me quedo aquí. Yo meterme en un sitio de esos es que se me viene el cielo encima, entonces yo... mi madre, ya le digo, tiene noventa y seis años y no nos hemos planteado ninguna historia de residencias ni nada, eso desde luego, que no porque lo veo muy penoso y muy mal, está todo lleno de gente mayor, no."

o P.L. (varón de 30 años), quien centra sus ilusiones en acceder a un centro para disminuidos psíquicos, donde espera que mejore su actual situación:

"...así que tengo pensado no salir, quedarme donde estoy. Yo tengo pensado irme desde aquí a un centro para disminuidos psíquicos. Disminuidos psíquicos: los hay físicos y los hay psíquicos y yo quiero ir al de psíquicos.../...sí, sí, interno. Porque, hombre, allí tendría que salir ¿no?, hombre, un disminuido psíquico sale ¿no?. Es que yo ya estuve en Córdoba, en un centro de disminuidos psíquicos, entonces yo ya sé que un disminuido psíquico sale, puedes ir al colegio, puedes ir a un bar, puedes ir donde quieras. Además te dan la pensión del INSERSO, es que también estoy pendiente de la paga del estado, porque lo bueno de esta pensión es que nadie te la puede quitar en toda la vida, hasta que me muera, no creas que me queda mucha vida por delante ¿eh?"

Por su parte, entre quienes llevaban poco tiempo en el albergue, se observan también ganas de abandonar este servicio, muchos de ellos a la mayor brevedad posible, como ocurría en el caso de T.B. (mujer de 30 años):

"No, no, es que no lo aguanto, no lo aguanto, te juro que no lo aguanto. Ya te digo que mañana iré a hablar con las monjas éstas en Santa Engracia y se lo digo, "como aquí me tenéis hasta el nueve de diciembre, me vuelvo majareta. Pero majareta, majareta". Es que me hundo más y me pongo más triste. Antes en el mundo pues había pobreza y había cincuenta mil cosas, pero luego lo ves aquí y dices..."

La imposibilidad de los padres de mantener a sus hijos junto a ellos en el centro de acogida donde se realizaron las entrevistas suponía también un factor determinante en el interés de usuarios como T.B. (mujer de 30 años) en abandonar el centro, usuaria que centraba sus esfuerzos en encontrar plaza en un albergue para madres solteras, donde poder alojarse junto con su hija.

“..., mi hija me quiere con locura. Hombre, ahora últimamente la veo poco..., y además me ve más nerviosa, más inquieta, pero es normal. Ahora porque estoy muy nerviosa, pero si mañana tengo más ganas pues iré por la mañana a Santa Engracia, a ver si hay plazas”.

Lamentablemente, algunos de los usuarios más realistas, como F.P. (varón de 24 años), pese a su deseo de abandonar el centro, se sienten incapaces de realizar una estimación aproximada de cuándo podrán hacerlo

Entrevistador - *¿Cuánto tiempo calculas que vas a estar aquí?*
F.P. - *No, no lo sé, no lo sé.*

y, entre quienes saben cuando tendrán la ocasión de abandonar el centro, hay quien reconoce que este abandono será eventual, tal como se desprende de los comentarios realizados por F.P. (varón de 24 años), quien centra sus esperanzas en el apoyo que pudiera prestarle su familia:

Entrevistador - *Y ¿Cuánto tiempo piensas quedarte por aquí?*
J.N. - *Dos días más*
Entrevistador - *¿Y luego?*
J.N. - *Luego vuelvo*
Entrevistador - *Pero, ¿tienes algún sitio...?*
J.N. - *No tengo sitios*
Entrevistador - *Y ¿qué piensas hacer?*
J.N. - *No sé*
Entrevistador - *Así que dentro de dos días sales de aquí y no sabes qué hacer*
J.N. - *No, cuando me encuentre mejor iré..., iré a casa de mi cuñado*

3.4. OTROS SERVICIOS DE ASISTENCIA.

4.1. Comedores sociales, aseos y roperos.

Junto a los albergues, uno de los servicios más idiosincráticos de entre los enfocados a paliar los problemas de las PSH son los comedores sociales. Difícilmente se puede vivir sin disponer de un lugar donde pernoctar, refugiarse y descansar, pero, sin duda, resulta imposible subsistir sin acceder a comida.

Cabe destacar que los comedores públicos (o los comedores de los albergues) fueron frecuentados con regularidad por prácticamente el total de las personas entrevistadas, si bien las opiniones que estos servicios les merecían resultaron de lo más heterogéneas. Pero incluso quienes manifestaban sentirse más satisfechos con el servicio, como era el caso de F.G. (varón de 61 años), hubiesen preferido poder prescindir de estos lugares.

“... por ejemplo, aquí te dan de comer..., por ejemplo, aquí se come bien. En tu casa te estás tomando unas patatas solas, pero estás trabajando y tienes libertad, no dependes de nadie, de decir nada ni nada, no estás controlado, llegas a tu casa y que hay patatas solas, pues patatas solas. Lo único que ahí te tomas unas patatas y aquí unas chuletas pero....”.

Cuando se pretende observar aspectos relacionados con los comedores sociales, lo más relevante surge en torno a las cuestiones referentes a la comida que se facilita en estos servicios. A este respecto cabe decir, de forma general, que la comida es percibida como adecuada por la mayor parte de los usuarios de estos servicios, si bien siempre existen entrevistados que ponen de manifiesto recelos al respecto, tal como puede desprenderse de los comentarios realizados por P.L. (varón de 30 años):

“Aquí comer, pues sí, se come bien, pero para algunos, no para todos. Porque a mí hay veces que no me llena, que no, mi olfato dice que no... es que hay veces que hay cosas que no me gustan. Hoy por ejemplo ha habido unos filetes de esos..., de montao de esos, y a mí esos filetes no me gustan..., me los he comido, pero no me gustan mucho, y así estamos”.

o F.P. (varón de 24 años):

“Bien, yo estoy muy bien, muy bien, sí. Lo único las comidas, que hay veces que no me gusta, hay veces que sí, pero bueno, bien, bien”.

En general, los usuarios de los comedores tienden a ser fieles al servicio,

recurriendo a éstos de una forma asidua, por lo que acudir a los comedores termina por convertirse en una más de sus actividades diarias cotidianas, tal como comentaba P.L. (varón de 30 años):

“Si, vengo a comer aquí. Normalmente me levanto por la mañana, después vuelvo. Vengo a las tres. Como. A las cinco me voy, vuelvo a las siete de la tarde..., siete o siete y algo. Si no me da tiempo a comer me tomo un bocata por ahí y ya está, ¿sabes?”.

Algunos entrevistados, sin embargo, eluden la utilización de los comedores sociales. Así, por ejemplo, J.C. (varón de 62 años) alega no recurrir a estos servicios principalmente por dos motivos: el miedo a ser envenenado y los problemas con los trabajadores del servicio y el resto de los usuarios que se benefician de él:

J.C. - *Comer, de los cubos de basura. No, no voy a los comedores públicos porque no me gustan esas personas. No, porque yo bebo y cuando bebo no me meto con nadie tampoco ¿comprende?. Pero es que cuando bebes un poco son muy violentos, son unos matones, son muy matones la gente.*
Entrevistador - *Entonces, ¿No va a los comedores?*
J.C. - *No, no, no me gustan, no me gustan, no me gustan esas personas. Yo puedo convivir con una persona como tú, que las hay, o estos que piden limosna porque se ven obligados, pero por lo general a mí no me gustan.*

Así, J.C. (varón de 62 años) obtiene la comida bien de los cubos de basura, bien comprándola cuando dispone de algo de dinero de su pensión u obtenido pidiendo limosna, actividad que le desagrada notablemente:

“..., yo me voy a ir ¿sabe?, porque voy a ver si encuentro algo para comer..., yo me voy a buscar por los cubos de basura... Y si no, tengo por allí un poquito de sobrasada, pero es que tomar todos los días sobrasada cansa un poquito.../...lo que pasa que me da una vergüenza pedir..., que me da una vergüenza que me digan que no. A veces pido, pero a la primera persona que le pido y que me dice que no..., pues ya no pido más”.

En lo referente a las estrategias empleadas por los entrevistados para asearse, principalmente en lo que respecta a la utilización de los baños públicos, cabe destacar que estos servicios son utilizados regularmente por seis de los entrevistados, si bien no debe olvidarse que una parte importante son usuarios habituales de albergues, donde disponen de lugares

acondicionarse para poder cuidar su higiene personal.

Alguno de los entrevistados que se negaban a recurrir a los albergues, tal como ejemplifica el caso de J.C. (varón de 62 años), sostienen tener unos hábitos de limpieza adecuados. J.C. (varón de 62 años), que durante los últimos años “habita” en un banco del madrileño Paseo de la Castellana, presenta un aspecto físico que, si bien denota pobreza, aparece limpio y relativamente cuidado:

“A las duchas yo me voy todos los días, llevo mi colonia, jabones, mi toalla y me doy la ducha .../... Un duro cuesta, a veces no tengo y le digo, la semana que viene te lo pago, cuando venga. Todos los días me ducho, me voy a duchar sí, porque me gusta ir limpio. Esto que llevo puesto o bien me lo lavo yo o bien se lo dejo a lavar, y cuando veo que está para la basura pues lo tiro yo. Voy a ahí a San Antonio, ahora están de vacaciones hasta septiembre, pero con lo que tengo me vale para aguantar hasta septiembre.”

Finalmente, y en relación a las estrategias para conseguir ropa, son mayoría los entrevistados que recurren a los roperos públicos o a los propios albergues para poder vestirse. L.P. (varón de 31 años), por ejemplo, distingue entre la ropa para usar en el albergue (que consigue en el ropero del mismo) y la ropa que utiliza para salir y sentirse satisfecho con su aspecto, que guarda separadamente y que consigue seleccionado la que le ofrecen otros usuarios del propio centro de acogida:

“Pues aquí me dan ropa, pero ellos te dan ropa buena y ropa mala. Yo paso de la ropa mala, claro. Aquí me pongo así, porque aquí no hay gente que conquistar, no hay princesas ni nada, pero yo para andar por aquí, va, bien, pero yo tengo ropa de puta madre arriba. Hay gente que se va y tiene la ropa bien, y cuando se ha marchado me dice “toma porto, para ti” y me la dan, usada pero buena, y yo esa ropa la tengo guardada por si alguna vez voy a Lisboa, que es lo que tenía pensado. Es que en la cama por la noche me pongo a pensar y...”

4.2. Trabajadores sociales.

La difícil situación económica atravesada por las personas entrevistadas, junto a los problemas asociados a ésta, convierte a estas personas en

potenciales usuarios de los servicios sociales. En el seno de estos servicios sociales, el interlocutor suele ser el trabajador social, de ahí lo relevante que resulta indagar la opinión de los entrevistados sobre estos profesionales.

En primer lugar, se observa que la mayor parte de los entrevistados mantienen contacto con los trabajadores sociales, recurriendo a estos profesionales para diferentes cuestiones tales como obtener el acceso a otros centros donde creen que mejorará su situación, tal como sucede con P.L. (varón de 30 años) quien confía en acceder a un centro específico para “disminuidos psíquicos”:

“... si, si, estoy en trámites y esperando a ver si hay algo, y, si hay plaza, pues cojo y me voy, si, si, un centro, me ha preguntado la asistente social...”

o T.B. (mujer de 30 años) quien deseaba encontrar plaza en un lugar donde poder permanecer junto a su hija:

“... voy con María José, que es la asistente social y aparte que, como soy madre soltera, pues se lo dije, “si me puedes solicitar un centro que no sea muy caro”. Pues sí, que me llevaba a mi madre, porque allí ¡vamos!, en cuanto saque de allí a mi hija..., más infierno todavía. Ahora, estos días, mañana si Dios quiere, hace un mes que estoy fuera de casa...”

Incluso, en las expectativas de futuro de los entrevistados de cara a normalizar su situación, juegan un importante papel los trabajadores sociales, tal como se desprende de los comentarios de T.B. (mujer de 30 años) al ser preguntada sobre sus planes de futuro:

“Pues buscar un trabajo, estar en una residencia de madres solteras y salir adelante. María José [la trabajadora social] me busca esos pisos que dicen del plan diez y ocho mil, de esos que no sean muy caros, porque normalmente, ya te digo, de externa gano unas ochenta y seis mil pesetas...”

En cuanto a la relación entre entrevistados y trabajadores sociales, parece interesante señalar que las opiniones más extendidas resultan claramente positivas. En este sentido pueden destacarse testimonios tales como el de L.J. (varón de 63 años):

"...con las asistentes sociales, tanto de la Comunidad como las otras que no están en la Comunidad, con estas yo bien, llego por la tarde y divinamente estoy hablando allí con ellas por lo menos tres horas..."

También parecen seguir las indicaciones hechas por estos profesionales, por muy peregrinas que estas puedan parecer, tal como se observa en comentarios como los de L.J. (varón de 63 años):

"... cuando tuve que irme a vivir al coche fue porque la asistente social de allí me dijo que me tenía que dar de baja e irme allí y dije "ah, pues muy bien, si a mí con esto me van a pagar algo, lo que sea", pues tendré que hacerlo y dormir en la calle por lo menos que yo ayude a esta mujer y a esta hija a que salgan para adelante... / ... y me dijeron "¿tú ganas algo?", "pues no, pues no" dije yo, y me dijeron que fuera a ver a la asistente social a ver que te cuenta. Entonces fui a verla y estuvo tomando nota de las cosas, me dijo "pues no, tú no tienes derecho a esto", "¿y eso?", "porque tú vives con una mujer que gana ciento y pico mil pelas" y yo digo "sí, y con eso tenemos que pagar la casa que pago setenta mil pelas, tiene que dar de comer a su hija, me tiene que dar de comer a mí. Si con eso tiene bastante. Yo tengo que ayudar como sea, porque claro yo estoy viviendo allí, estoy gastando agua, estoy gastando gas, estoy gastando electricidad, estoy con el teléfono", bueno pues me llegó esta señorita y me dijo, y me dijo, "lo único que te queda es darte de baja en el censo y no vivir allí", "¡a bueno!, pues yo me bajo a vivir al coche", de esto hace ya un año y pico, ya ha pasado un año, porque en agosto empecé a cobrar esto de la Comunidad y llevaba ya tres o cuatro meses antes, es que el coche estaba ahí durmiendo en el coche, me veían todos los vecinos, me daban en el cristal y me decían: "Luis ¿te pasa algo?", "no estoy aquí, he bajado aquí a tomar el fresco al coche", entonces preguntaban a Mari, "Mari, ¿qué le pasa a Luis?, ¿tiene algún problema ?, ¿le podemos solucionar algo?" y Mari, "si es que este hombre, yo no sé con esto de la depresión y toda esta historia, está como loco".

Sin embargo, se recogieron testimonios de entrevistados que reconocían que el trabajo desempeñado por los trabajadores sociales resulta inútil dada la actitud que ellos mismos adoptaban en determinada ocasiones, como se desprende a modo de ejemplo de los comentarios realizados por L.P. (varón de 31 años), quien confesaba:

"...no [cobro] nada. Eso que el asistente social me ha dicho que fuese, pero yo soy tan vago que paso de estar en filas y no me he movido nada, nada. Yo creo que he nacido para tener ya las cosas aquí, hace falta esto pues ¿cuánto vale?, toma tío, encima me siento como un enfermo, tengo un montón de enfermedades"

Por otro lado, se observa la presencia de entrevistados que manifiestan tener una mala opinión de los trabajadores sociales, a quienes llegan a considerar como corresponsables de su situación, bien por falta de interés o directamente por mala fe, tal como sucede con P.L. (varón de 30 años):

“..., y luego vas a la asistente social y bueno, hay algunas que son fabulosas, y algunas te echan una mano, pero el problema es que yo, si tengo un problema, vengo a contarte un problema para que tú me lo resuelvas. Pero yo te digo una cosa, en cosas de trabajo ya sabes tú que la asistente social sí te puede ayudar, porque tiene más posibilidades que nosotros realmente. Dicen, mira que te voy a mandar un chavalito para allá y tal, y luego llegas allí y te dicen que como algunos hacen putadas pues se piensan que hacen putadas todos, pero claro, todos no somos iguales, todos no somos iguales, ¿sabes lo que te digo?, tú a lo mejor me robas algo, pero yo no soy igual que el otro. A mí no me la juega nadie, a mí no me la juega nadie, pues menudo soy yo.../...mira hay un albergue que se llama San Juan de Dios y ese es uno de los albergues mejores, más limpios de todos, un albergue limpio, limpio, limpio, y lo que pasa es que me han expulsado de allí, me han expulsado hasta el año dos mil, hasta el año dos mil, porque cogí a la asistente social de la pechera, pero ¿sabes por qué?, porque resulta que yo estaba buscando un trabajo, pero mira voy a por trabajo y me dicen "mira, yo no quiero aquí a nadie del albergue" y entonces yo ya conseguí el trabajo en la plaza de las Ventas, me dijo "yo te doy el trabajo, pero no quiero a nadie del albergue", entonces no quería a nadie del albergue y yo le dije "yo no estoy en el albergue, pero yo me voy a intentar superar", entonces llego al albergue y le digo a la asistente social, me dice "¿tienes contrato de trabajo?", y yo le digo "sí, esto ocurre, esta gente no quiere gente del albergue, entonces, si llama, le dices que es de una pensión, de la pensión San Juan de Dios", llamó y dice que soy del albergue San Juan de Dios, albergue de San Juan de Dios, y encima la tía me da tres días de estancia, ¿tú crees que hay derecho a esto?”.

4.3. Asistencia médica.

La carencia de un hogar expone a quienes la padecen a una serie de situaciones que pueden influir, de forma directa, en su estado de salud (temperaturas extremas, dietas inadecuadas, dificultades para acceder a medicación, elevada exposición a situaciones estresantes...). Estas circunstancias, de alguna manera, convierte a las PSH en potenciales usuarios de servicios de salud, máxime si se tiene en consideración la avanzada edad de algunos de ellos. De estas circunstancias surge el interés en conocer la opinión de los entrevistados en relación a los servicios de salud.

En lo que respecta al conocimiento sobre la ubicación de los servicios de salud y la relación de los entrevistados con éstos, cabe señalar que el 45% de los entrevistados frecuentaban los centros de salud general. En este sentido recogemos los testimonios de entrevistados como F.G. (varón de 61 años) quien nos comentaba en relación con su salud física y sus visitas a los centros asistenciales:

"...yo bien, yo de salud bien. Hombre, aparte de lo de la cadera, lo de la cadera no tiene nada que ver....\...no, no, yo nunca voy al médico ni nada nada, no tomo pastillas ni nada nada. Lo único que he ido al médico para ver esto de la cadera y ya me miró y me dijo "pero si usted está bien" y me hizo un análisis de orina, y me hizo un análisis de sangre, y me dijo "está usted..., está usted perfecto".

A nivel general, los usuarios manifiestan tener un buen concepto de los servicios públicos de salud, tal como se extrae de comentarios como los realizados por L.J. (varón de 63 años):

"... sí, y siempre me han tratado muy bien (en los servicios públicos de salud). Voy al hospital de la Princesa porque mi compañera trabaja allí y no tengo que pedir hora ni nada, voy allí directamente..."

De entre los servicios de salud especializados, destaca entre los entrevistados la utilización de servicios de salud mental donde, algunos reciben o han recibido asistencia psiquiátrica. Sin duda, esto puede ser indicativo de una línea de intentos de normalización, puesta de manifiesto en asiduas visitas a Centros de Salud Mental.

Entre quienes recibieron asistencia psiquiátrica en el pasado encontramos a T.B. (mujer de 30 años), quien explicaba:

"...hace años sí, tuve depresiones muy fuertes, después de dar a luz. Pero es muy normal porque no me dejaban salir, hasta que ya metió mi hermana cizaña y me dejaron salir. ...\... me mandó al psiquiatra y me mandó un tratamiento, pero claro, estaba casi todo el día dormida, como los drogadictos cuando están... y claro yo le dije que así yo no quería estar

...¡... Las pastillas que me manda me hacen mucho efecto y me quedo dormida rápido, madre mía, cualquiera que me vea en la calle y se piense que soy drogadicta cuando no lo soy, es que me entra un sueño..., quiero superarlo y salgo a la calle y no me quiero dormir para que la gente piense cualquier cosa..."

o a F.P. (varón de 24 años), quien señalaba.

"... lo que pasa que luego tuve un brote de una depresión al haber estado dos meses en la calle, me llevaron al hospital, me curaron..."

Pero también se observa como algunos de los usuarios continúa su tratamiento psiquiátrico, del que perciben beneficios, tal como se desprende de los comentarios de R.F. (mujer de 62 años):

"...voy al médico al psiquiatra, pero una cosa es tener un tratamiento y otra cosa es tomar las pastillas de continuo, entonces ya me dijo el médico que no, que de continuo no, ahora no estoy tomando pastillas ni estoy tomando nada, nada, nada, nada. Y ahora me siento estupendamente, me siento bien".

L.P. (varón de 31 años) usuario del centro de acogida, quien se encontraba sometido a un proceso de desintoxicación, refería:

"...estoy tomando la Anatraxona y ¿Sabes lo que es?, entonces tomando la Anatraxoma ya me pueden dar la droga que sé que no me hace nada y peor para mí, porque me puede dar una sobredosis si tomo droga",

Por su parte, T.B. (mujer de 30 años) y R.F. (mujer de 62 años), ambas usuarias del centro de acogida, sostenían respectivamente en lo referente al consumo de psicofármacos:

"...no, no, no tomo nada porque no me hace falta, gracias a Dios"

y

"...no, no, no, porque después de las depresiones fui a verlo y me dijo que si necesitaba algún tipo de medicación que se lo pidiera a mi médico de cabecera, pero como no las necesito, porque ya estoy bien y no tomo ya nada y además he empezado esa gimnasia y entonces ya, con la gimnasia, muy bien".

5. PENSIONES Y SUBSIDIOS ECONÓMICOS.

El hecho de percibir algún tipo de ayuda económica, sin ser la solución, puede entenderse como un primer apoyo casi imprescindible hacia la normalización de las PSH, al menos mientras carezcan de la posibilidad de acceder a un puesto de trabajo. No debe olvidarse que la disposición de una cierta cantidad de dinero, aunque escasa, permite el acceso a un mínimo de estilo de vida normalizada: no permite acceder a una vivienda, pero sí facilita la obtención de cierto tipo de ropa, útiles para la higiene personal, equilibrar la dieta, desplazarse en transporte público o acceder a actividades de ocio...

En el momento de realizarse las entrevistas, el 20% de los entrevistados eran perceptores del IMI (Ingreso Madrileño de Integración), tres de los cuales tenían una avanzada edad: F.G. (varón de 61 años), usuario del centro de acogida:

"...no, yo paro no tuve. No, yo no cobré nada, ni me apunté, ni nada ...\.. ahora cobro aquí pero para pagarme la comida, del Ayuntamiento, el IMI"

R.F. (mujer de 62 años), también usuaria habitual del centro de acogida, en la que se producía un efecto de "puerta rotatoria", con esporádicas salidas y continuos retornos al centro:

"...estoy cobrando el IMI, el IMI sí...\.. pero hasta el año que viene no me la dan [la jubilación anticipada], todavía falta y luego ya tengo que ir a buscar un piso o un apartamento..."

y J.C. (varón de 62 años), quien pernoctaba en la calle y sentía un fuerte rechazo hacia los dispositivos asistenciales, el cual comentaba recibir:

"...pues treinta y cinco mil o treinta y cuatro mil setenta. Una pensión no contributiva, que te dura dos días..."

P.L. (varón de 30 años), más joven que los anteriores, señalaba:

"Sí, estoy cobrando el IMI, que son treinta y nueve mil seiscientos treinta y"

cinco...

Sin embargo, también se observa una importante cantidad de entrevistados carentes de cualquier tipo de recurso económico, lo que les ponía en una situación de absoluta dependencia de las instituciones, incluso para aquellas cuestiones más básicas. En este colectivo se encuentran entrevistados como J.N. (varón de 29 años), con una carencia absoluta de recursos económicos:

Entrevistador - *¿Cobras alguna pensión?*

J.N. - *No...*

o T.B. (mujer de 30 años) quien carente de empleo, en el momento de la entrevista no percibía ningún tipo de prestación por desempleo pese a los años trabajados. La asistente social del centro de acogida la había ayudado en la solicitud del IMI (Ingreso Madrileño de Integración) que, en caso de ser considerada favorablemente, tardaría cierto tiempo en comenzar a cobrar:

Entrevistador - *¿Estás trabajando ahora?*

T.B. - *No, ahora no estoy trabajando y todavía peor.*

Entrevistador - *¿Cuándo fue la última vez que trabajaste?*

T.B. - *En octubre.*

Entrevistador - *¿Estás cobrando el paro o algo?*

T.B. - *Que va, que va. María José me arregló lo del IMI, pero lo del IMI tardará, porque aunque lo ponga urgente o lo que sea tardará. Yo ahora el, diez y seis de Enero, cobro los puntos de mi hija, pero no es nada. Entonces quiero eso, un trabajo, pero hay mucha gente de fuera y es muy difícil, claro, como encima lo quiero externa. Porque claro, si a mediados de diciembre me voy al centro de madres solteras, yo interna no puedo estar, porque yo a mi hija la tengo que dejar allí y yo a un colegio interna no la quiero meter. Porque sé lo que es, no me han tratado mal, porque a mí en el colegio no me han tratado mal pero... y a mí hija la veo una persona que no... es muy dócil, se la maneja muy bien entonces yo se que iba a recibir palos.*

También se observa la presencia de un entrevistado, L.J. (varón de 63 años) que, en su necesidad de acceder a algún recurso económico, abandonó la vivienda que ocupaba junto a su hija y su compañera por poder optar al IMI. Ello tuvo lugar a partir de los consejos de una asistente social quien le indicó que, mientras permaneciera en la vivienda, resultaría imposible para él acceder a esta prestación:

“Cuando tuve que irme a vivir al coche fue porque la asistente social de allí me dijo que me tenía que dar de baja e irme allí y dije "ah, pues muy bien, si a mí con esto me van a pagar algo, lo que sea", pues tendré que hacerlo y dormir en la calle por lo menos que yo ayude a esta mujer y a esta hija a que salgan para adelante...”

L.J. (varón de 63 años) no recibe ningún tipo de prestación, si bien considera que tiene derecho a una pensión de invalidez:

Entrevistador - *¿Usted cotizó?, ¿Tiene derecho a una pensión?*

L.J. - *No, esto es lo que me están arreglando, porque yo tengo el setenta y ocho por ciento de invalidez, yo tengo además del marcapasos, costillas rotas aquí y aquí, esto me lo han visto a mí el año pasado. Me están tramitando la pensión de invalidez, la cual eché la instancia. La estuvo mirando un tribunal médico, el psiquiatra, el cardiólogo, me estuvieron tomando los datos, al cabo del tiempo me llegó una nota, que tenía el setenta y cinco por ciento, entonces yo tengo derecho a una pensión, pero que esto pasó en el mes de abril y de momento nada.*

L.J. (varón de 63 años) recurrió a los servicios sociales para conocer sus posibilidades reales de acceder a una prestación económica. Y, como se comentó con anterioridad, una asistente social, tras estudiar su caso, le expuso la única solución posible a su situación:

“Y me dijeron "¿tú ganas algo?", "pues no, pues no" dije yo, y me dijeron que fuera a ver a la asistente social a ver que te cuenta. Entonces fui a verla y estuvo tomando nota de las cosas, me dijo "pues no, tu no tienes derecho a esto", "¿y eso?", "porque tu vives con una mujer que gana ciento y pico mil pelas" y yo digo "sí, y con eso tenemos que pagar la casa que pago setenta mil pelas, tiene que dar de comer a su hija, me tiene que dar de comer a mí. Si con eso tiene bastante, Yo tengo que ayudar como sea, porque claro yo estoy viviendo allí, estoy gastando agua, estoy gastando gas, estoy gastando electricidad, estoy con el teléfono", bueno pues me llegó esta señorita y me dijo, y me dijo, "lo única que te queda es darte de baja en el censo y no vivir allí", "¡a bueno!, pues yo me bajo a vivir al coche", de esto hace ya un año y pico, ya ha pasado un año, porque en agosto empecé a cobrar esto de la Comunidad y llevaba ya tres o cuatro meses antes, es que el coche estaba ahí durmiendo en el coche, me veían todos los vecinos, me daban en el cristal y me decían: "Luis ¿te pasa algo?", "no estoy aquí, he bajado aquí a tomar el fresco al coche", entonces preguntaban a Mari, "Mari, ¿qué le pasa a Luis?, ¿tiene algún problema ?, ¿le podemos solucionar algo?" y Mari, "si es que este hombre, yo no se con esto de la depresión y toda esta historia, está como loco”.

Otro peculiar caso es el de L.P. (varón de 31 años) quien, en el

momento de la entrevista, no percibía ningún tipo de prestación económica, pese a manifestar ser un potencial receptor de ayuda a la que no accedía por desidia.

Entrevistador - *¿No estás cobrando nada?*

L.P. - *No, nada. Eso que el asistente social me ha dicho que fuese, pero yo soy tan vago que paso de estar en filas y no me he movido nada, nada... Yo creo que he nacido para tener ya las cosas aquí, hace falta esto pues ¿cuánto vale?, toma tío, encima me siento como un enfermo, tengo un montón de enfermedades.*

Sobre la utilización que hacen los entrevistados de las prestaciones económicas recibidas (especialmente el IMI), de los comentarios recogidos se desprende que, al menos algunos casos, no parecen hacer un uso racional de este dinero, lo que puede generar ciertas dudas sobre la efectividad real de estas prestaciones. En este sentido, se observan comentarios como los realizados por P.L. (varón de 30 años), quien señalaba:

"Sí, estoy cobrando el IMI, que son treinta y nueve mil seiscientas treinta y cinco... \..[lo gasto] en tabaco y lo que no es tabaco [prostitutas], pero tendré que echar una cana al aire ¿no?, como todo el mundo, tengo derecho ¿no?, a fumarte tus petas y tus cervezas... \.. el primer día se va todo. Mira hoy estamos a doce y ya no tengo ni un duro. A primeros de mes me lo gasto, digo lo pillo y ya está. Después ya hasta que pille otra vez. Yo el mismo día lo hago todo, el mismo día y me vuelvo para acá [el albergue] el mismo día por la mañana, hago lo que tengo que hacer y me vuelvo para acá. Te levantas un día, y por la mañana, con la tienda de campaña levantada, sales de aquí, ves a la primera pringada y dices: "¿cuánto?, ¿cinco, diez?, pues toma ¡plaf!", llegas y pum, pum, pum, "bueno hasta luego", "hasta luego, vale". Y te vas por ahí, te vas a tomar tu cervecita y tal, y de puta madre y el cuerpo arreglao, ¿qué más quieres?. Llegas ahí, "¿qué pasa?, toma", te tomas la cervecita, hala, "hasta luego", o te quedas sin pelás".

quien justifica su actitud aduciendo que

"...de mi infancia no te puedo contar muchas cosas porque sólo tengo malos recuerdos... \..hasta los diez y ocho años, estuve viviendo en un barrio lo que se dice gitano, aprendí a robar como ellos, sé mentir como ellos, sé todas las cosas esas. He estado en el reformatorio".

o J.C. (varón de 62 años), quien ponía de manifiesto:

“Pues treinta y cinco mil o treinta y cuatro mil setenta. Una pensión no contributiva, que te dura dos días, porque basta que ...A veces llegas a final de mes sin dinero y cuando coges algo pues, te gusta también tomarte un cubalibre, para recordar aquellos tiempos ¿comprende?. Yo hoy en día no bebo mucho, pero hay días que me da por beber y ¡la madre que lo parió! me privo y entonces te gastas, te gastas el dinero, si quieres comer pues nada, yo me lo gasto en jugando a la primitiva, claro ..., yo no juego mucho, yo juego quinientas, cuatrocientas u ochocientas. Cuando sale el décimo, si es de quinientas, pues quinientas. Y si es de mil, pues mil, el sábado. Yo me gasto quinientas o mil de la gorda de primitiva, pero, no tengo suerte, no tengo suerte... Lo mismo me da un número que otro, pero tengo muy mala suerte. ¡Tengo un cenizo encima mío!”

La circunstancia de que, aún percibiendo prestaciones económicas, los entrevistados no accedan a algún tipo de alojamiento, puede deberse a diferentes motivos. En primer lugar, un importante factor puede estar en la baja cuantía de las prestaciones en relación al precio de la vivienda, que les impide acceder a un alojamiento propio y digno. En segundo lugar, puede jugar un importante papel el hábito adquirido en determinados casos de permanencia en albergues y la avanzada edad de algunos entrevistados, quienes prefieren esperar para acceder a una residencia de la tercera edad antes que embarcarse en la aventura a la búsqueda de un nuevo lugar donde vivir. Como una tercera posibilidad, entre otras, cabe valorar la circunstancia de que algunos entrevistados padecían disfunciones cognitivas que limitaban sustancialmente a la hora de buscar alojamiento.

Curiosamente, y pese a encontrarse sin hogar, tres de los entrevistados consideraba, desde una perspectiva subjetiva, que disponían de suficientes recursos de subsistencia, procedentes éstos en un caso de la familia y en dos del cobro del Ingreso Madrileño de Integración (IMI), lo que de cualquier manera no evitaba la circunstancia de los tres que fuesen usuarios habituales del Centro de Acogida Municipal San Isidro.

6. EXPECTATIVAS DE FUTURO.

Previamente a la revisión de aspectos relacionados con las

expectativas de futuro de los entrevistados, parece interesante reseñar un punto relacionado con la posesión de documentos, al observarse que prácticamente el total de los entrevistados tenían en regla tanto el D.N.I. (Documento Nacional de Identidad) como su Tarjeta de la Seguridad Social. Estos datos podrían resultar indicativos de que, en cierta medida, las PSH intentaban mantener un cierto contacto con la vida normalizada, cuestión que, por otro lado, les facilita el acceso a determinados lugares y ahorra problemas con la Policía. Sin embargo, una interpretación más interesante lleva a destacar que este tipo de documentos pueden convertirse en elementos básicos para el mantenimiento de la identidad personal –psicológica- en personas que no poseen ningún otro elemento de identidad -propiedades, estilo de ropa, vivienda...- y este fenómeno puede estar ocurriendo en esta población que, por otra parte, siempre parece “cargar” con algunos pocos documentos en sus bolsillos -carnets, cartas, etc.- como máximo exponente de su existencia social y de su historia personal -esta es una de las funciones esenciales de la vivienda, junto a la de refugio-.

En referencia a cómo definían las personas entrevistadas su situación de sin hogar, parece interesante señalar que, si bien el 55% de entrevistados encontraban que su situación era difícil, el 75% la percibían como soportable y, lo más interesante, el 90% de los entrevistados estaban convencidos de que se trataba de una situación transitoria. En la misma línea, el 50% de los entrevistados consideraban que su situación era injusta, el 30% creían que ésta era normal y el 35% que estaba desprovista de sentido, mientras que únicamente dos entrevistados consideraban que se trataba de una situación insostenible y, otros dos, que su situación era definitiva, terminal e irreversible.

A la hora de ilustrar lo anterior, se pueden reflejar tres testimonios. Por un lado L.P. (varón de 31 años), quien en el momento de ser entrevistado se encontraba en un proceso de desintoxicación, comentaba con respecto a cómo habían variado sus expectativas :

"...ahora ya estoy acostumbrado y a lo mejor me dicen de salir y pienso "a

qué voy a salir a la calle", porque al principio me daban permiso para salir y yo salía y venía colocado, quiero decir que ponía la pata, porque aquí hacen pruebas y yo tenía que dar negativo y no voy a estar aquí toda la vida dando positivo al final que hago aquí ¿no?...".

Por su parte T.B. (mujer de 30 años) manifestaba la necesidad ineludible de hacer algo en aras a superar su difícil situación y así comentaba que:

"...cuando llegué me puse a llorar y eso y no sé, ahora voy pasando un poco porque como he conocido a Begoña...es que no lo aguanto, no lo aguanto, te juro que no lo aguanto. Ya te digo que mañana iré a hablar con las monjas estas en Santa Engracia y se lo digo, como aquí me tengáis hasta el nueve de diciembre, me vuelvo majareta, pero majareta, majareta. Es que me hundo más y me pongo más triste."

L.J. (varón de 63 años), de más avanzada edad que los anteriores, comentaba con respecto a la situación en que se encontraba:

"...entonces yo tengo derecho a una pensión, pero que esto pasó en el mes de abril y de momento nada. La situación que tengo pues es ésta, que no puedo dormir en mi casa, de que ando por ahí navegando..."

Pero, llamativamente, muchas de las opiniones vertidas por los entrevistados en relación a sus perspectivas de futuro, en gran medida resultan optimistas. Así, se puede destacar como el 80% de los entrevistados consideraban que su situación futura sería, de forma global, mejor que la que atravesaban en el momento de realizarse la entrevista. Así, por ejemplo, L.J. (varón de 63 años) comentaba:

"...yo tengo el setenta y ocho por ciento de invalidez, yo tengo además del marcapasos, costillas rotas aquí y aquí, esto me lo han visto a mí el año pasado. Me están tramitando la pensión de invalidez, la cual eché la instancia".

Únicamente un sujeto manifestaba carecer de esperanza en el futuro y dos consideraban que su situación se iría deteriorando con el paso del tiempo. Ejemplo de resignación es el testimonio de F.G. (Varón de 61 años) quien manifestaba acerca de su futuro:

"...[el futuro] pues como ahora, estando aquí y, el día que si Dios quiere cumpla los sesenta y cinco y me buscan una residencia y a la residencia y ya está...¿Yo?, ¿dónde voy a ir a buscar trabajo si tengo ya sesenta y un años?"

Los comentarios de J.N. (varón de 29 años), pese a su juventud, también reflejaban una clara resignación con respecto a su situación de sin hogar:

Entrevistador - *Y, ¿cuánto tiempo piensas quedarte por aquí [en el albergue]?*

J.N. - *Dos días más*

Entrevistador - *¿Y luego?*

J.N. - *Luego ... vuelvo"*

Sin duda, el aspecto más fascinante de este apartado tiene que ver con la percepción subjetiva de las personas respecto a su situación. Aunque la mayoría de las personas perciben su estado actual como, literalmente, "difícil", también lo perciben como "soportable" y "transitorio" (incluso cuando llevan más de cinco años en la situación). Prácticamente todos tienen una perspectiva de futuro "mejor" que el momento actual. Es decir, parece existir una cierta distorsión positiva que les ayuda a soportar su estado actual. Este tipo de sesgo perceptivo, cuando afecta a las expectativas de futuro puede abrir un gran margen de maniobra para la intervención psicológica aunque la posible contrapartida es que puede también favorecer la inhibición de acciones de afrontamiento de la situación.

Por otro lado, aquellos entrevistados que manifestaron haber hecho esfuerzos de su parte para remontar la situación en que se encuentran, manifestaron haber recurrido principalmente a su familia (35%), o haber intentado buscar trabajo (30%). Por ejemplo T.B. (mujer de 30 años) manifestaba su interés en encontrar un trabajo que le evite tener que permanecer en el centro de acogida:

"...María José [trabajadora social] me arregló lo del IMI, pero lo del IMI tardará, porque aunque lo ponga urgente o lo que sea tardará. ...¿quiero

eso, un trabajo, pero hay mucha gente de fuera y es muy difícil, claro, como encima lo quiere externa, porque claro, si a mediados de diciembre me voy al centro de madres solteras, yo interna no puedo estar, porque yo a mi hija la tengo que dejar allí y yo a un colegio interna no la quiero meter, porque se lo que es, no me han tratado mal, porque a mí en el colegio no me han tratado mal pero... "

Otra vía de intento de reinserción es la búsqueda de una vivienda, aspecto intentado por el 25% de los entrevistados, entre los que tomamos como ejemplo a R.F. (mujer de 62 años), quien señalaba en relación a sus expectativas de futuro:

" [alquilaré un piso en Madrid] o, si no en un sitio más tranquilo, porque yo he vivido mucho en pueblos, he vivido mucho en Soria también. He recorrido mucho mundo..."

T.B. (mujer de 30 años), más joven que la anterior, manifestaba a su vez que sus expectativas de futuro se centraban en:

"...buscar un trabajo, estar en una residencia de madres solteras y salir adelante. María José [trabajadora social] me busca esos pisos que dicen del plan diez y ocho mil, de esos que no sean muy caros, ...\.... Trabajar en una barra no, eso no, paso, de ahí no paso, me muero de hambre antes, y no me importa fregar, no me importa con estropajo y jabón o lo que sea, pero ese sitio ¿ves?, eso tampoco me ha dado nunca. ..."

Lamentablemente, algunas de las personas entrevistadas se consideran incapaces de buscar un trabajo, bien por razones de edad, como sucede en el caso de P.G. (varón de 61 años) quien comentaba:

"...¿Yo?, ¿dónde voy a ir a buscar trabajo si tengo ya sesenta y un años?",

o bien por falta de iniciativa, como en el caso de L.P. (varón de 31 años), quien pese a su juventud manifestaba:

"...mira, si quieres que te diga la verdad no veo nada claro. He intentado buscar trabajo pero claro, me gustaría trabajar allí o aquí mismo, pero no me veo así, con ganas".

Otro entrevistado, L.J. (varón de 63 años) en un primer momento

señalaba estar dispuesto a trabajar, aunque más tarde matiza su manifestación:

"...que yo quiero trabajar, he dicho que de cualquier cosa, y no puedes hacer muchas cosas. La verdad es esa, yo no puedo coger peso, me caigo, salgo por ahí a caminar y me canso, hay veces que me mareo o sea que estoy bien enfermo",

Con respecto a rehacer su vida recurriendo al matrimonio, R.F. (mujer de 62 años) comentaba:

"...[volver a casarse] eso no lo sabe uno, porque la vida da muchas vueltas, pero es que esto, como yo he tenido una experiencia bastante dura, no quiero tener otra, porque es que la vida uno no sabe cómo va".

Resulta muy destacable el que muy pocas personas hayan realizado esfuerzos serios de reinserción. Incluso cuando se percibe una ayuda económica, ésta pocas veces se destina a pagar un alquiler o una pensión. Además, los intentos reales de reintegrarse a la vida laboral normalizada son escasos.

Finalizaré las transcripciones con los comentarios de J.C. (varón de 62 años), quien puso fin a nuestra conversación en una céntrica calle de Madrid de la siguiente manera:

"...yo me voy a ir ¿sabe?, porque voy a ver si encuentro algo para comer, yo me voy a buscar por los cubos de basura. Y si no, tengo por allí un poquito de sobrasada, pero es que tomar todos los días sobrasada cansa un poquito..."

Anexo 3.

CUESTIONARIO EMPLEADO EN LA “NOCHE S”

ZONA/NOMBRE DE SERVICIO

FECHA: ___/___/ 97
DÍA MES AÑO

ENTREVISTADOR (NOMBRE)

Nº ENTREVISTA

A1. Hora de contacto	A2. Género	A3. Edad aproximada	A4. Procedencia	A5.
H ___/___ Min ___/___	V 1 M 2	<20 1 21-39 2 40-59 3 >60 4	España (no gitano) 1 España (gitano) 2 Magreb 3 Latinoamérica 4 África negra 5 Europa del Este 6 Otros 7 Sin información 9	Acepta 1 Rechusa --> _____ _____ 2 No apto --> _____ _____ 3
H ___/___ Min ___/___	V 1 M 2	<20 1 21-39 2 40-59 3 >60 4	España (no gitano) 1 España (gitano) 2 Magreb 3 Latinoamérica 4 África negra 5 Europa del Este 6 Otros 7 Sin información 9	Acepta 1 Rechusa --> _____ _____ 2 No apto --> _____ _____ 3
H ___/___ Min ___/___	V 1 M 2	<20 1 21-39 2 40-59 3 >60 4	España (no gitano) 1 España (gitano) 2 Magreb 3 Latinoamérica 4 África negra 5 Europa del Este 6 Otros 7 Sin información 9	Acepta 1 Rechusa --> _____ _____ 2 No apto --> _____ _____ 3
H ___/___ Min ___/___	V 1 M 2	<20 1 21-39 2 40-59 3 >60 4	España (no gitano) 1 España (gitano) 2 Magreb 3 Latinoamérica 4 África negra 5 Europa del Este 6 Otros 7 Sin información 9	Acepta 1 Rechusa --> _____ _____ 2 No apto --> _____ _____ 3
H ___/___ Min ___/___	V 1 M 2	<20 1 21-39 2 40-59 3 >60 4	España (no gitano) 1 España (gitano) 2 Magreb 3 Latinoamérica 4 África negra 5 Europa del Este 6 Otros 7 Sin información 9	Acepta 1 Rechusa --> _____ _____ 2 No apto --> _____ _____ 3

PRESENTACIÓN RÁPIDA, EN FUNCIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS.

EJEMPLO: Hola. Buenas noches, perdone que le moleste. Estamos haciendo un estudio de la Universidad Complutense , me gustaría que me contestase a dos o tres preguntas muy rápidas.

C1 En las últimas cuatro semanas, ¿ha dormido al menos una noche en un albergue o centro de acogida?.

Sí (ESPECIFICAR) 1
No 2
Ns/nc 9

ESPECIFICAR _____

C2 En las últimas cuatro semanas, ¿ha comido en algún comedor para personas sin hogar (aunque dependa de un albergue)?

Sí (ESPECIFICAR) 1
No 2
Ns/nc 9

ESPECIFICAR _____

C3 En las últimas cuatro semanas, ¿ha utilizado alguno de los siguientes servicios?

ESPECIFICAR _____	BAÑOS PÚBLICOS 01
ESPECIFICAR _____	ROPEROS 02
ESPECIFICAR _____	SERV. SANITARIOS 03
ESPECIFICAR _____	SERV. SALUD MENTAL..... 04
ESPECIFICAR _____	UMES 05
ESPECIFICAR _____	CEDIA 06
ESPECIFICAR _____	PARROQUIAS..... 07
ESPECIFICAR _____	OTROS ALOJAMIENTO..... 08
ESPECIFICAR _____	OTROS SERVICIOS 09
	NS/NC..... 99

Anexo 4.

CUESTIONARIO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN (SECCIÓN J: UTILIZACIÓN DE SERVICIOS).

J. UTILIZACION DE SERVICIOS

I. ALOJAMIENTO

J1 Ahora quisiera hablarle de su situación en cuanto a vivienda o alojamiento. Durante los **últimos doce meses**, ¿en términos generales, en qué medida conseguir “diariamente” un lugar donde dormir ha sido un problema para Vd.?

Nunca1
Casi nunca2
Frecuentemente3
Muy frecuentemente.....4
Ns/Nc.....9

J2(P) Durante estos **últimos doce meses**, ¿dónde ha dormido Vd. habitualmente?:

___ / ___

TABLA J2.

- En un Piso en propiedad.....	01	- En una tienda de campaña.....	10
- En un piso alquilado.....	02	- En un coche.....	11
- En una habitación alquilada, pensión o similar.....	03	- En una furgoneta, caravana, (...).....	12
- En un piso, habitación, ... cedido/a gratuitamente.....	04	- En un edificio abandonado o en construcción.....	13
- Acogidos en una institución para personas sin hogar (albergue o centro de acogida pisos tutelados,...).....	05	- En zonas públicas: estación (metro, tren,...), jardín público, parkings, sótanos, soportales de un edificio, puente.....	14
- Acogidos en una institución pública o alojamiento subvencionado para la población general.....	06	- En un orfanato.....	15
- En una chabola.....	07	- En una cárcel o correccional.....	16
- En un prefabricado.....	08	- En un hospital.....	17
- En una cueva.....	09	- En otro lugar (especificar):.....	18
		- Ns/Nc.....	99

- Especificar: _____

J3(P) ¿Con qué frecuencia ha dormido Vd. en este lugar?:

- Menos de una vez por semana1
- Una o dos veces por semana2
- Casi todos los días de la semana.....3
- Todos los días de la semana.....4
- Ns/Nc.....9

J4 Y en los **últimos siete días** ¿en qué medida le resultó difícil encontrar un lugar dónde dormir “cada noche”?

Muy difícil.....1
Difícil.....2
Fácil.....3
Muy fácil.....4
Ns/Nc.....9

J5 En estos **últimos siete días** ¿dónde ha dormido la mayor parte de las noches? ___ / ___
(COD. TAB. J2)

* LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HAN DE RESPONDERSE EN RELACION AL LUGAR SEÑALADO EN ESTA PREGUNTA.

J6. ¿Cuántas noches pasó en ese lugar, en el que durmió la mayor parte de las noches de los **últimos siete días**?

_____ / _____

J7(P) En relación a este mismo lugar ¿le permiten dejar sus cosas de una noche para otra?.

Sí.....1
No.....2
Ns/Nc.....9

J8-19 En relación a los centros de acogida o alojamiento para personas sin hogar, y en el caso de haberlos utilizado al menos **una vez** en los **últimos doce meses**, ¿cómo se siente acerca...

* ENSEÑAR TARJETA 1

(1) ENORMEMENTE INSATISFECHO	(5) BASTANTE SATISFECHO
(2) MUY INSATISFECHO	(6) MUY SATISFECHO
(3) BASTANTE INSATISFECHO	(7) ENORMEMENTE SATISFECHO
(4) NI INSATISFECHO NI SATISFECHO	(8) NO APLICABLE
	(9) NS/NC

- J8(R). de las condiciones generales de ese lugar? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J9. de las facilidades de acceso, admisión? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J10. del resto de los usuarios? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J11(R). de la intimidad que tiene allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J12(R). de la cantidad de espacio que tiene allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J13(R). de la libertad que tiene allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J14(R). de la limpieza y aseo que hay allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J15(R). del ruido que hay allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J16(R). de su protección contra el frío o calor que tiene allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J17(R). de su seguridad personal mientras está allí de noche? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J18(R). de la atención recibida por el personal? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J19 . del número de albergues o centros de acogida que hay en Madrid? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J20-35 En el caso de no haber utilizado un albergue o centro de acogida durante este periodo de tiempo (al menos **una vez** en los **últimos doce meses**), ¿cuáles son las razones por las que no los ha utilizado?:

	SI	NO	NS / NC
J20. No quiero.....	1	2	9
J21. No necesito ayuda.....	1	2	9
J22. Por las dificultades de acceso (distancia,...)	1	2	9
J23. Por problemas con los usuarios.....	1	2	9
J24. Por problemas con el personal.....	1	2	9
J25. Porque no pueden ayudarme.....	1	2	9
J26. Por las condiciones higiénicas del lugar	1	2	9
J27. Porque hace frío/calor	1	2	9
J28. Porque no me siento seguro	1	2	9
J29. Por problemas de horario	1	2	9
J30. Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión.....)	1	2	9
J31. No me gusta el lugar	1	2	9
J32. Me siento excesivamente controlado	1	2	9
J33. Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades,..)	1	2	9
J34. Porque no tengo intimidad	1	2	9
J35. Porque no conozco ninguno.....	1	2	9

II. ALIMENTACION

J36

Ahora quisiera hablarle de sus comidas. Durante los **últimos doce meses**, ¿en términos generales, en qué medida conseguir "diariamente" comida suficiente ha sido un problema para Vd.?:

Nunca..... 1
 Casi nunca 2
 Frecuentemente 3
 Muy frecuentemente 4
 Ns/Nc 9

J37

Durante estos **últimos doce meses**, ¿la mayor parte del tiempo, dónde obtuvo Vd. los alimentos?:

___ /

TABLA J37.

- Yo ó alguien con quien convivía los compraba (restaurante, mercado,...).....	1
- En albergues, comedores públicos.....	2
- Se lo dieron sus amigos, los miembros de su familia u otras personas.....	3
- Los encontró en la calle o cubos de basura.....	4
- En cualquier otro sitio (especificar:).....	5
- No aplicable.....	8
- Ns/Nc.....	9

- Especificar: _____

J38- 50

En relación a este mismo periodo (**últimos doce meses**), y en el caso de haber obtenido, al menos una vez, los alimentos en un albergue, comedor u otra institución ¿cómo se ha sentido acerca de...?:

* ENSEÑAR TARJETA 1.

(1) ENORMEMENTE INSATISFECHO	(5) BASTANTE SATISFECHO
(2) MUY INSATISFECHO	(6) MUY SATISFECHO
(3) BASTANTE INSATISFECHO	(7) ENORMEMENTE SATISFECHO
(4) NI INSATISFECHO NI SATISFECHO	(8) NO APLICABLE
	(9) NS/NC

- J38. de la cantidad de comida que obtuvo?..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J39. de las condiciones generales de ese lugar? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J40. de las facilidades de acceso?..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J41. del resto de los usuarios? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J42. de la intimidad que tiene allí?..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J43. de la cantidad de espacio que tiene allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J44. de la libertad que tiene allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J45. de la limpieza y aseo que hay allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J46. del ruido que hay allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J47. de su protección contra el frío o calor que tiene allí? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J48. de su seguridad personal mientras está allí de noche? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J49. de la atención recibida por el personal? 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- J50. del número de comedores (albergues, comedores u otra institución) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J51-66

En el caso de no haber utilizado un comedor (albergue, comedor u otra institución), durante este periodo de tiempo (al menos **una vez** en los **últimos doce meses**), ¿cuáles son las razones por las que no los ha utilizado?:

	SI	NO	NS/NC
J51. No quiero.....	1	2	9
J52. No necesito ayuda.....	1	2	9
J53. Por las dificultades de acceso (distancia,...).....	1	2	9
J54. Por problemas con los usuarios.....	1	2	9
J55. Por problemas con el personal.....	1	2	9
J56. Porque no pueden ayudarme.....	1	2	9
J57. Por las condiciones higiénicas del lugar.....	1	2	9
J58. Porque hace frío/calor.....	1	2	9
J59. Porque no me siento seguro.....	1	2	9
J60. Por problemas de horario.....	1	2	9
J61. Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión.....	1	2	9
J62. No me gusta el lugar.....	1	2	9
J63. Me siento excesivamente controlado.....	1	2	9
J64. Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades,..).....	1	2	9
J65. Porque no tengo intimidad.....	1	2	9
J66. Porque no conozco ninguno.....	1	2	9

J67 Y durante **los últimos siete días** ¿en qué medida le resultó difícil conseguir comida suficiente?.

Muy difícil.....	1
Difícil.....	2
Fácil.....	3
Muy fácil.....	4
Ns/Nc.....	9

J68 Durante este mismo periodo, **últimos siete días**, ¿la mayor parte del tiempo, dónde obtuvo Vd. los alimentos?:

___/

(COD. TAB. J37)

J69-76 Ahora son las ____, desde la misma hora de ayer (24 horas):

* ANOTAR UNIDADES: Nº PLATOS, BOLSAS, LATAS, ETC...

	DESAYUNO	COMIDA	CENA	ENTRE HORAS
¿Qué alimentos comió?				
¿y bebió? (NO ANOTAR AGUA)				
Con respecto a la cantidad que tomó, diría que...	69. - No comí..... 1 - Me quedé con hambre..... 2 - Fue suficiente..... 3 - Me sobró..... 4 - Ns/Nc..... 9	70. - No comí..... 1 - Me quedé con hambre..... 2 - Fue suficiente..... 3 - Me sobró..... 4 - Ns/Nc..... 9	71. - No comí..... 1 - Me quedé con hambre..... 2 - Fue suficiente..... 3 - Me sobró..... 4 - Ns/Nc..... 9	72. - No comí..... 1 - Me quedé con hambre..... 2 - Fue suficiente..... 3 - Me sobró..... 4 - Ns/Nc..... 9
¿Dónde obtuvo los alimentos? *CODIFICAR SEGUN TAB. J37	73. 1. 2. 3. 4. 9. 5. _____	74. 1. 2. 3. 4. 9. 5. _____	75. 1. 2. 3. 4. 9. 5. _____	76. 1. 2. 3. 4. 9. 5. _____

III. ROPA

J77. Ahora quisiera hacerle unas preguntas acerca de la ropa. ¿En general, durante los **últimos doce meses**, en qué medida conseguir ropa ha sido un problema para usted?

Nunca..... 1
Casi nunca 2
Frecuentemente 3
Muy frecuentemente 4
Ns/Nc 9

J78-82. ¿En relación al mismo periodo de tiempo (**últimos doce meses**), en términos generales, dónde ha conseguido su ropa?:

	SI	NO	NS/NC
J78. En una parroquia, ropero público,...?	1	2	9
J79. Se la dan sus amigos, los miembros de su familia u otras personas?.	1	2	9
J80. La busca en la calle o cubos de basura?.	1	2	9
J81. Se la compra?	1	2	9
J82. Otro sitio (especificar)?	1	2	9

-ESPECIFICAR: _____

J83-85. Ahora quiero que me diga cómo se ha sentido en los **últimos siete días** acerca de su ropa. ¿Cómo se ha sentido acerca...

* ENSEÑAR TARJETA 1.

(1) ENORMEMENTE INSATISFECHO	(5) BASTANTE SATISFECHO
(2) MUY INSATISFECHO	(6) MUY SATISFECHO
(3) BASTANTE INSATISFECHO	(7) ENORMEMENTE SATISFECHO
(4) NI INSATISFECHO NI SATISFECHO	(8) NO APLICABLE
	(9) NS/NC

J83. de la ropa que ha estado usando (calidad, comodidad,...)? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J84. de las facilidades que tiene para lavarla o limpiarla? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J85. de las facilidades para guardarla? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J86-89. En el caso de haber recibido ropa de un ropero público, u otro servicio..., al menos una vez en los **últimos doce meses**, ¿cómo se ha sentido acerca...

* ENSEÑAR TARJETA 1.

(1) ENORMEMENTE INSATISFECHO	(5) BASTANTE SATISFECHO
(2) MUY INSATISFECHO	(6) MUY SATISFECHO
(3) BASTANTE INSATISFECHO	(7) ENORMEMENTE SATISFECHO
(4) NI INSATISFECHO NI SATISFECHO	(8) NO APLICABLE
	(9) NS/NC

J86. de las posibilidades de elección de la ropa? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J87. de la atención recibida por el personal? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J88. de las facilidades de acceso? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J89. del número de roperos? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

J90-105 En el caso de no haber utilizado un ropero (albergue, ropero público u otra institución), durante este periodo de tiempo (al menos **una vez** en los **últimos doce meses**), ¿cuáles son las razones por las que no los ha utilizado?:

	SI	NO	NS/NC
J90. No quiero.....	1	2	9
J91. No necesito ayuda.....	1	2	9
J92. Por las dificultades de acceso (distancia,...).....	1	2	9
J93. Por problemas con los usuarios.....	1	2	9
J94. Por problemas con el personal.....	1	2	9
J95 Porque no pueden ayudarme.....	1	2	9
J96. Por las condiciones higiénicas del lugar.....	1	2	9
J97. Porque hace frío/calor.....	1	2	9
J98. Porque no me siento seguro.....	1	2	9
J99. Por problemas de horario.....	1	2	9
J100. Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión.....	1	2	9
J101. No me gusta el lugar.....	1	2	9
J102. Me siento excesivamente controlado.....	1	2	9
J103. Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades,...).....	1	2	9
J104. Porque no tengo intimidad.....	1	2	9
J105. Porque no conozco ninguno.....	1	2	9

IV. ASEO PERSONAL

Ahora quisiera hacerle unas preguntas acerca de su aseo personal.

J106. ¿En general, en los **últimos doce meses**, en qué medida encontrar un lugar dónde poder asearse (ducharse, lavarse la cabeza, pies,...) ha sido un problema para usted?

Nunca..... 1
 Casi nunca..... 2
 Frecuentemente..... 3
 Muy frecuentemente..... 4
 Ns/Nc..... 9

J107-112. ¿En relación a este mismo periodo (**últimos doce meses**), en general, dónde ha acudido para asearse?

NS/NC	SI	NO	
	1	2	9
J107 Baño público	1	2	9
J108 Baño en albergues, centros de acogida..	1	2	9
J109 Baño privado (casas particulares)	1	2	9
J110 Baño en lugares públicos (bares,...)	1	2	9
J111 Fuentes	1	2	9
J112Otros (especificar:)	1	2	9

-ESPECIFICAR: _____

J113. ¿En estos **últimos siete días**, cuántos días se ha bañado o dado una ducha?: / /
 (Nº DE DIAS)
 SI LA RESPUESTA FUE "0", IR PREG. J113, SI NO CONTINUAR CON PREG. 114

J114. ¿Cuándo fue la última vez? / /
 (Nº DE DIAS ESTIMADOS)

J115. ¿Durante estos **últimos siete días**, en qué medida encontrar un lugar donde poder asearse, ha sido un problema para Vd.?

Muy difícil..... 1
 Difícil..... 2
 Fácil..... 3
 Muy fácil..... 4
 Ns/Nc..... 9

J116-121.	¿En relación a este mismo periodo, últimos siete días , en qué lugar o lugares se ha aseado (lavado y/o bañado/duchado)?	SI	NO	NS/NC
	J116. Baño público	1	2	9
	J117. Baño en albergues, centros de acogida..	1	2	9
	J118. Baño privado (casas particulares)	1	2	9
	J119. Baño en lugares públicos (bares,...)	1	2	9
	J120. Fuentes	1	2	9
	J121. Otros (especificar:)	1	2	9

- Especificar: _____

J122.	¿En los últimos siete días , cuántos días se ha lavado los dientes?	___ /
		(Nº DE DIAS ESTIMADOS)

J123.	¿En los últimos siete días , cuántos días se ha lavado las manos antes de comer?	___ /
		(Nº DE DIAS ESTIMADOS)

J124-134	Durante los últimos doce meses , y en el caso de haber utilizado, al menos una vez, un baño público (albergue, casa de baño,...), ¿cómo se ha sentido acerca ...
----------	---

* ENSEÑAR TARJETA 1.

(1) ENORMEMENTE INSATISFECHO	(5) BASTANTE SATISFECHO
(2) MUY INSATISFECHO	(6) MUY SATISFECHO
(3) BASTANTE INSATISFECHO	(7) ENORMEMENTE SATISFECHO
(4) NI INSATISFECHO NI SATISFECHO	(8) NO APLICABLE
	(9) NS/NC

J124. de las condiciones generales de ese lugar?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J125. de las facilidades de acceso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J126. del resto de los usuarios?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J127. de la intimidad que tiene allí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J128. de la cantidad de espacio que tiene allí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J129. de la libertad que tiene allí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J130. de la limpieza y aseo que hay allí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J131. de la temperatura que hay allí?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J132. de su seguridad personal mientras está allí de noche?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J133. de la atención recibida por el personal?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
J134. del número de baños públicos existentes en la ciudad de Madrid?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

J135-150	En el caso de no haber utilizado un baño público (albergue, casa de baño...) durante este periodo de tiempo (al menos una vez en los últimos doce meses), ¿cuáles son las razones por las que no los ha utilizado?:
----------	--

	SI	NO	NS/NC
J135. No quiero	1	2	9
J136. No necesito ayuda	1	2	9
J137. Por las dificultades de acceso (distancia,...)	1	2	9
J138. Por problemas con los usuarios	1	2	9
J139. Por problemas con el personal	1	2	9
J140. Porque no pueden ayudarme	1	2	9
J141. Por las condiciones higiénicas del lugar	1	2	9
J142. Porque hace frío/calor	1	2	9
J143. Porque no me siento seguro	1	2	9
J144. Por problemas de horario	1	2	9

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NC</u>
J145. Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión.....)	1	2	9
J146. No me gusta el lugar	1	2	9
J147. Me siento excesivamente controlado	1	2	9
J148. Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades,...).....	1	2	9
J149. Porque no tengo intimidad	1	2	9
J150. Porque no conozco ninguno.....	1	2	9

J151. En los **últimos doce meses**, en general, ¿en qué medida encontrar un lugar dónde poder usar los urinariosy/o retretes ha sido un problema para Vd.?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Frecuentemente 3
- Muy frecuentemente..... 4
- Ns/Nc..... 9

J152. Y durante los **últimos siete días** ¿en qué medida ha sido difícil para Vd encontrar un lugar dónde poder usar los urinarios y/o retretes ?.

- Muy difícil 1
- Difícil 2
- Fácil 3
- Muy fácil..... 4
- Ns/Nc 9

OTROS SERVICIOS

SERVICIO	¿CONOCE ALGÚN SITIO QUE PROPORCIONE ESTE SERVICIO?	¿HA UTILIZADO ESTE RECURSO ALGUNA VEZ EN EL ÚLTIMO AÑO?	¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO LOS HA UTILIZADO? * CODIFICAR SEGÚN TABLA J153.
- SERVICIOS DE INFORMACIÓN PARA PSH (CEDIA, SITADE,...).	J153. 1. SI: _____ 2. NO (IR J99) 9. NS/NC.	J154. 1. SI 2. NO ⇒ 9. NS/NC	J155. 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 99. NS/NC
- UMES (UNIDADES DE EMERGENCIA SOCIAL).	J156. 1. SI: _____ 2. NO (IR J102) 9. NS/NC	J157. 1. SI 2. NO ⇒ 9. NS/NC	J158. 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 99. NS/NC
- SERVICIOS SOCIALES GENERALES.	J159. 1. SI: _____ 2. NO (IR 105) 9. NS/NC	J160. 1. SI 2. NO ⇒ 9. NS/NC	J161. 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 99. NS/NC
- CENTROS DE SALUD.	J162. 1. SI: _____ 2. NO (IR J108) 9. NS/NC	J163. 1. SI 2. NO ⇒ 9. NS/NC	J164. 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 99. NS/NC
- CENTROS DE SALUD MENTAL.	J165. 1. SI: _____ 2. NO (IR J111) 9. NS/NC	J166. 1. SI 2. NO ⇒ 9. NS/NC	J167. 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 99. NS/NC
- URGENCIAS	J168. 1. SI: _____ 2. NO (IR J114) 9. NS/NC	J169. 1. SI 2. NO ⇒ 9. NS/NC	J170. 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 99. NS/NC

TABLA J153

- No quiero.....	01	- Por problemas de horario.....	10
- No necesito ayuda.....	02	- Por las condiciones de acceso (criterios de exclusión).....	11
- Por las dificultades de acceso (distancia,...).....	03	- No me gusta el lugar.....	12
- Por problemas con los usuarios.....	04	- Me siento excesivamente controlado.....	13
- Por problemas con el personal	05	- Por dificultades personales (vergüenza, falta de habilidades,...).....	14
- Porque no pueden ayudarme.....	06	- Porque no tengo intimidad.....	15
- Por las condiciones higiénicas del lugar	07	- Porque no conozco ninguno	16
- Porque hace frío/calor	08	- NS/NC.....	99
- Porque no me siento seguro.....	09		

J.171.

En general, habitualmente quién le informa sobre estos servicios (albergues, comedores, centros de salud, UMES,...):

- Familiares.....1
- Amigos2
- Personas en su misma situación.....3
- Personal de otro/s recursos.....4
- Otros (especificar:).....5
- No aplicable8
- Ns/Nc9

- ESPECIFICAR: _____

Anexo 5.

TARJETAS DE APOYO

TARJETA 1

Estas caras expresan diversos sentimientos. ¿Cuál se aproxima más a lo que usted siente sobre.....?



**Enormemente
satisfecho**

7



**Muy
satisfecho**

6



**Bastante
satisfecho**

5



**Ni satisfecho
ni insatisfecho**

4



**Bastante
insatisfecho**

3



**Muy
insatisfecho**

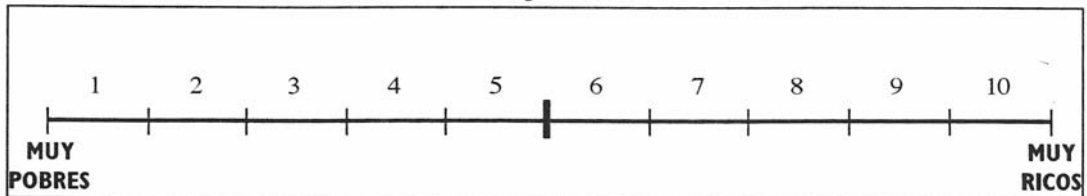
2



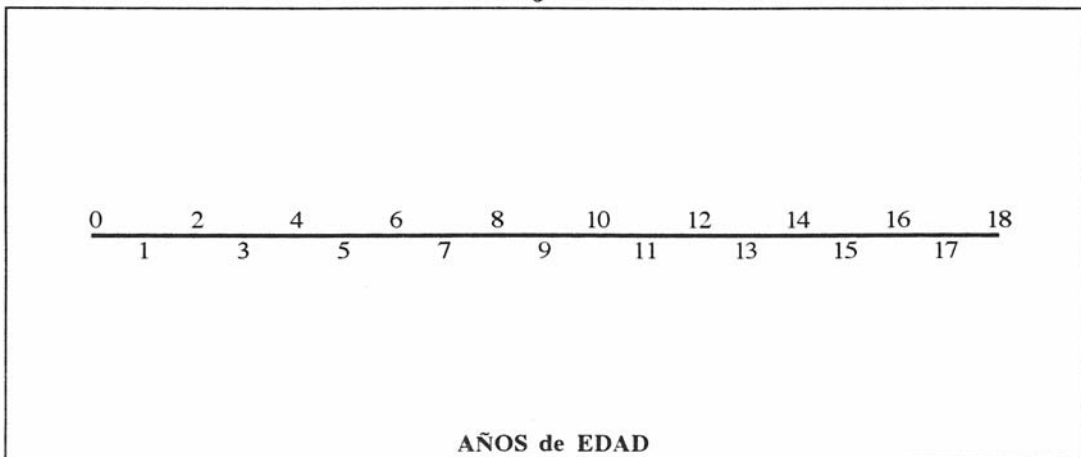
**Enormemente
insatisfecho**

1

TARJETA 2



TARJETA 3



1.....	12	7.....	84	13.....	156	19.....	228	25.....	300
2.....	24	8.....	96	14.....	168	20.....	240	26.....	312
3.....	36	9.....	108	15.....	180	21.....	252	27.....	324
4.....	48	10.....	120	16.....	192	22.....	264	28.....	336
5.....	60	11.....	132	17.....	204	23.....	276	29.....	348
6.....	72	12.....	144	18.....	216	24.....	288	30.....	360

LISTA DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN SIN HOGAR DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

A. ALOJAMIENTO

- Centro Municipal de Acogida “San Isidro” 01 (Paseo del Rey, 34).	01
- Albergue “Mayorales” 02 (Casa de Campo).	02
- Albergue “San Juan de Dios” 03 (C/ Herreros de Tejada, 3).	03
- Albergue “San Martín de Porres” 04 (C/ Vía Carpetana, 47).	04
- Albergue “Santa María de la Paz” 05 (C/ Camino del Guijarro, 8, Avda. Burgos, 204 (Alcobendas).	05
- Asociación “Jesús Caminante” 06 (C/ Resinería, 12).	06
- Alojamiento Pisos “El Olivar” 07 (C/ Tribaldos, 4. 4ºC.).	07
- Albergue de las Damas Apostólicas 08 (C/ Santa Engracia, 111).	08
- “Casa para los Pobres” (“Don de María”, Plaza Emir Mohamed Y) 09.	09.
- “Teresa de Calcuta” 10 (Pº Ermita del Santo, 46).	10
- Centro de noche “café-calor” (C/ Almortas, 24) 11	11
- Programa de Atención a Drogodependientes en tratamiento con Metadona “Sin Techo” (Cruz Roja Española. C/ Fúcar, 8) 12	12

B. COMEDOR

- María Inmaculada 13 (C/ General Martínez Campos, 18).	13
- San Francisco(Parroquia San Bruno) 14 (C/ General Asensio Cabanillas, 23 y 25.	14
- Damas Apostólicas 15 (C/ José Marañón, 15 esq. con Sta. Engracia).	15
- San Alfonso. 16 (C/ Mesón de Paredes, 78).	16
- Comedor de Exiliados. 17 (C/Canarias, 5).	17
- Ave María. 18 (C/ Dr. Cortezo, 4).	18
- Comedor “Madre Teresa de Calcuta” 19 (C/ Ronda de Segovia, 1).	19
- Hermandad “El Refugio”. 20 (C/ Corredera Baja de San Pablo, 16).	20

C. BOCADILLOS

- Terciarias Capuchinas.	21
(Comedor San Francisco de Asís) (C/General Asensio Cabanillas, 26).	
- Hermanitas de los pobres.	22
(C/ Almagro, 7).	
- Hijas de la Caridad.	23
(C/ Hortaleza, 77).	
- Residencia Tagaste.	24
(C/ General Pardiñas, 34, bis).	
- Colegio Sagrado Corazón.	25
(C/Romero Robledo, 27).	
- Misioneras Santo Sacramento.	26
(C// San Lucas, 7).	
- Colegio Divina Pastora.	27
(C/ Santa Engracia, 140).	
- Solidarios para el Desarrollo (ONG).	28
(Pabellón de Gobierno UCM.).	

D. DUCHAS/BAÑOS PÚBLICOS

- C/ Bravo Murillo, 137.	29.
- Plaza de la Cebada, 1.	30
- C/ Glorieta de Embajadores, 155.	31

E. ROPEROS

- Parroquia de la Milagrosa.	32
(C/ García Paredes, 45).	
- Parroquia Padres Carmelitas.	33
(Santa María del Monte Carmelo) (C/Ayala, 35).	
- Parroquia Santa Teresa y Santa Isabel.	34
(Glorieta Pintor Sorolla, s/n).	
- Parroquia Santísimo Sacramento.	35
(C/ Alcalde Sáinz de Baranda, 3).	
- Parroquia San Antonio de Cuatro Caminos.	36
(C/Bravo Murillo, 150).	
- Parroquia San Dámaso.	37
(C/Mauricio Legendre, 10).	
- Parroquia San Antonio del Retiro.	38
(C/Duque de Sesto, 9).	
- Parroquia Nuestra Señora del Rosario de Filipinas.	39
(C/Conde de Peñalver, 40).	
- Parroquia San Lorenzo.	40
(C/Doctor Piga, 4).	
- Parroquia Nuestra Señora de la Concepción.	41
(C/Goya, 26).	
- Parroquia de San José.	42
(C/ Alcalá, 43).	

F. OTROS SERVICIOS PARA PSH.

- Centro de Acogida, Recepción e Información de Cáritas (C.E.D.I.A.) 43
(Pl. de la Marina Española, 12).
- Asociación Realidades. 44
(C/San Andrés, 21).
- Unidad Móvil de Emergencia Social, UMES (2). Grupo 5 45

G. CENTROS DE INFORMACIÓN.

- Servicio Telefónico de Información y Atención de Emergencias (S.I.T.A.D.E.) 46

LISTA DE SERVICIOS NO ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN SIN HOGAR DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

H. ALOJAMIENTO POBLACIÓN ESPECIAL (madres solteras, drogodependientes, enfermos de SIDA,...).

- Centro de Acogida para madres solteras y embarazadas: Religiosas Oblatas. 47
- Centro de Acogida: Fundación Madres Solteras. 48
(Cruz Roja Española).
- Piso Tutelado para Personas Mayores 49
(Cruz Roja Española).
- Programa de Acogimiento Familiar para Personas Mayores (mujeres) 50
(Cruz Roja Española)
- Casa de Acogida para enfermos de SIDA. 51
(Cruz Roja Española)
- Piso de Estancia para Drogodependientes en tratamiento desde los Centros de Día. 52
(Cruz Roja Española)
- Correccional o cárcel 53
- Hospital 54

I. ALOJAMIENTO. POBLACIÓN INMIGRANTE.

- Asociación Comisión Católica Española de Migración (CCEM) 55
(C/ Valenzuela, 10.1°).
- Asociación de Amigos Hispano- Iraquíes 56
(C/ Amanuel, 5, 4º-1).
- Centro de Acogida al Refugiado de Vallecas (CAR). 57
(C/ Luís Buñuel, 2).
- Residencia Norte 58
(C/ González Amigo, 24).
- Federación de Organizaciones de Refugiados y Asilados en España (FEDORA). 59
(C/ Arlabán, 7).
- Centro "El Parque" 60
(Cruz Roja Española).
- Centro Santa Isabel 61
(C/ Hortaleza, 77).

J. ROPERO. POBLACIÓN INMIGRANTE.

- Asociación Chilena Pro-Derechos Humanos.....	62
(C/ Tirso de Molina, 3. 1º.	
- Centro de Acción Social San Rafael/ALMourad.....	63
(C/Isla Saipán, 35).	
- Comité Internacional De Rescate.....	64
(C/ Luchana, 36. 4º dcha.).	